

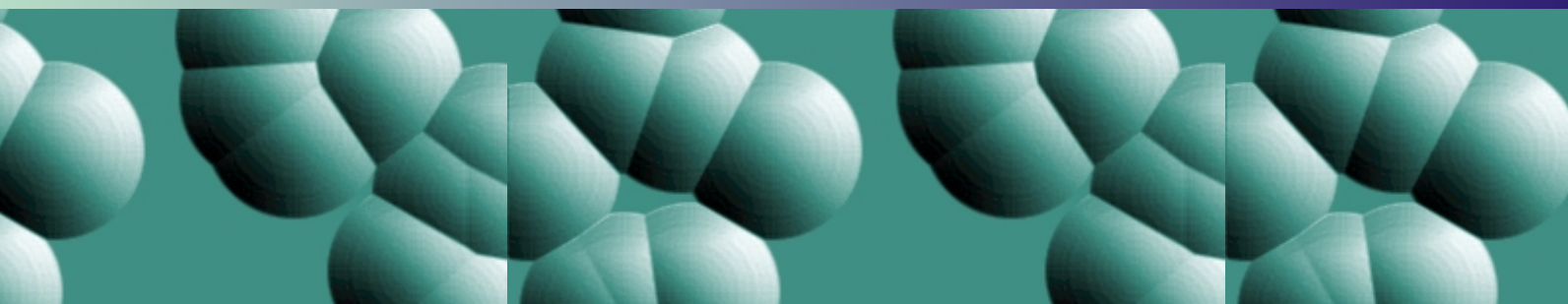
# ZDRAVOTNÍCKE ŠTÚDIE

ROČNÍK IX.  
2017

ČÍSLO 1



VEDECKO-ODBORNÝ ČASOPIS  
FAKULTY ZDRAVOTNÍCTVA  
KATOLÍCKEJ UNIVERZITY V RUŽOMBERKU



# OBSAH

100. výročie zjavenia Panny Márie vo Fatime .....	2
<b>Berešík, M., Benčíková, E.:</b> Použitie laryngeálnej masky v anesteziológii <i>Use of Laryngeal Mask in Anesthesia</i> .....	3
<b>Dudeková, A., Petrovičová, V., Dobiáš, V.:</b> Komunikácia s pozostalými v neodkladnej prednemocničnej starostlivosti <i>Communicating with Survivors in Emergency Prehospital Care</i> .....	6
<b>Kotradyová, K.:</b> Ageizmus a jeho vplyv na zdravotný a sociálny stav súčasného seniora <i>Ageism and its Impact on Health and Social Status of the Current Senior</i> .....	10
<b>Kotradyová, K., Václavíková, S.:</b> Psychosociálne aspekty onkologického ochorenia <i>Psychosocial Aspects of Oncological Disease</i> .....	14
<b>Lelonek, B., Wiraszka, G.:</b> Problematyka adaptacji do choroby nowotworowej <i>Problems of Adaptation to Cancer</i> .....	19
<b>Dudžáková, A., Slovák, P.:</b> Kvalifikačná príprava na profesiu opatrovateľky v oblasti uspokojovania spirituálnych potrieb <i>Qualification for Profession of Health Carer in Area of Satisfying Spiritual Needs</i> .....	25
<b>Judinyová, S.:</b> Úloha sociálnej opory v živote človeka <i>The Role of Social Support in One's Life</i> .....	30
<b>Wiraszka, G., Lelonek, B., Jaszewska, M. :</b> Wpływ lęku i depresji na jakość życia kobiet po przebytej histerektomii z powodu mięśniaków macicy <i>Effect of Anxiety and Depression on the Quality of Life of Women After Hysterectomy Due to Uterine Fibroids</i> .....	35
<b>Šanta, M., Andrási, I.:</b> Recidivujúci spinálny subdurálny hematóm <i>Recurrent Spinal Subdural Hematoma</i> .....	39
<b>Hrbčová, E.:</b> Pacient s chronickým ochorením z pohľadu všeobecného lekára <i>Patient with Chronic Illness Viewed by a General Practitioner</i> .....	43
<b>Hudáková, A., Eliašová, A., Magurová, D., Kuriplachová, G., Andraščíková, Š., Rybárová, L.:</b> Innovation of the Study Program of Nursing Within the Cooperation Among EU Countries and the Western Balkan .....	48
<b>Poková, P., Ryba, L., Stašková, Š., Honzů, J.:</b> Kvalita života pacientů s roztroušenou sklerózou <i>The Quality of Life of the Patients Suffering from Multiple Sclerosis</i> .....	54
<b>Kolarová, M. , Hudáková, Z.:</b> Včasný liečebno - rehabilitačný program u pacientov po operácii driekovej chrbtice <i>Early Treatment - Rehabilitation Program in Patients After Spine Surgery</i> .....	59
<b>Puzio-Dziedzina, J., Puzio, A., Dębowska, K., Wanot, B., Mizerska, K.:</b> Alzheimer - choroba XXI wieku jak z nią i obok niej żyć <i>Alzheimer's - a Disease of the Twenty-First Century as With Them and Next to it Liv</i> .....	65
<b>Kopáčiková, M. :</b> Postoj žien k pôrodu v domácnosti <i>Attitude to Women Giving Birth at Home</i> .....	70
<b>Lesňáková, A., Hlinková, S., Moraučíková, E.:</b> Nozokomiálne infekcie súvisiace s invazívnymi pomôckami v Jednotkách intenzívnej starostlivosti Ústrednej vojenskej nemocnici SNP Ružomberok-FN <i>Nozokomiálne infekcie súvisiace s invazívnymi pomôckami v Jednotkách intenzívnej starostlivosti ÚVN SNP Ružomberok-FN</i> ....	74



# ZDRAVOTNÍCKE ŠTÚDIE

## REDAKČNÁ RADA

### Šéfredaktor:

prof. MUDr. Anna LESŇÁKOVÁ, PhD.

### Členovia:

Ing. Mgr. Imrich ANDRÁSI

doc. MUDr. Ján BIELIK, CSc.

MUDr. Anna BIELIKOVÁ, PhD.

Mgr. Ing. Eleonóra BENČÍKOVÁ, PhD., MPH, MHA

doc. PhDr. Lada CETLOVÁ, PhD.

doc. PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD.

MUDr. Karol JAVORKA, PhD.

doc. PhDr. Mgr. Helena KADUČÁKOVÁ, PhD.

doc. PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.

Mgr. Anna KRÁTKA, PhD.

prof. MUDr. Anton LACKO, CSc.

MUDr. Štefan MADARÁSZ, PhD.

PhDr. Mgr. Mariana MAGERČIAKOVÁ, PhD.

doc. MUDr. Milan MINARIK, PhD.

PhDr. Bc. Eva MORAUČÍKOVÁ, PhD.

prof. MUDr. RNDr. Rudolf PULLMANN, CSc.

prof. MUDr. Ivan ROVNÝ, PhD., MPH

doc. MUDr. Róbert RUSNÁK, PhD.

doc. Dr. Ján Antoni RUTOWSKI, PhD.

doc. PhDr. PaedDr. Viera SIMOČKOVÁ, PhD.

prof. RNDr. Juraj SLABEYCIUS, CSc.

doc. MUDr. Ivan SOLOVIČ, CSc.

Mgr. Marína SRPOŇOVÁ

doc. RNDr. Jaroslav TIMKO, PhD.

MUDr. Jaromír TUPÝ, PhD.

Ing. Lukáš ZACHAR, PhD.

PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD.

prof. Mgr. Katarína ŽIAKOVÁ, PhD.

doc. MUDr. Viliam ŽILÍNEK, CSc.

Vydavateľ: VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku

IČO 37 801 279

Publikované články prešli redakčnou radou a na každý článok boli vypracované dva recenzné posudky.

Redakcia: Edičné stredisko Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Námestie Andreja Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: jan.svorad@ku.sk

tel. +421 44 430 43 17, fax: +421 44 430 43 16

Tlač: Vydavateľstvo EQUILIBRIA, s.r.o., Letná 42 | 040 01 Košice., [www.equilibria.sk](http://www.equilibria.sk)

**ISSN 1337-723X**

Evidenčné číslo: EV 2963/09

Vychádza 2x ročne

© Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

júl 2017

## 100. výročie zjavenia Panny Márie vo Fatime



### Zjavenia Panny Márie vo Fatime

13. máj 1917

Fatima je asi desaťtisícové mestečko vo vnútrozemí Portugalska, vzdialené asi 140 kilometrov od hlavného mesta Lisabona. Tam sa behom šiestich mesiacov, počnúc od 13. mája až do 13. októbra 1917 viackrát zjavila Panna Mária trom malým nevzdelaným deťom, pastierikom, ktoré nevedeli čítať ani písať. Deti mali od sedem do desať rokov. Takzvané „Fatimské posolstvo“ je výzvou, aby sa ľudia obrátili a robili pokánia za hriechy, je aj povzbudením k väčšej úcte a najmä k zasväteniu Ruska Nepoškvrnenému Srdcu Panny Márie, po ktorom príde obdobie mieru. Pri zjavení deti videli Panu Máriu a pri nej anjela, ako aj biskupa oblečeného v bielom obleku. Ako prehlásil kardinál Ratzinger, obrazy a reč videní sú v mnohom symbolické, náznakové. Veľa sa debatovalo o postave „bieleho biskupa“ vo videniach detí. Koho to videli fatimské deti? Biely oblek pre mnohých naznačoval pápeža, ale nie celkom jednoznačne, lebo misijní biskupi a kňazi vôbec nosia tiež biele obleky. Keď však Ali Agca postrelil Jána Pavla II. na námestí sv. Petra práve 13. mája 1981, čiže na výročie prvého fatimského zjavenia, tak sa u mnohých utvrdila mienka, že tá biela mužská postava vo videniach detí naznačuje pápeža, a to práve Jána Pavla II. O rok po atentáte pápež Ján Pavol II. išiel do Fatimy poďakovať sa Božej Matke za ochranu. Vtedy prehlásil: „Materská ruka viedla dráhu guľky. Tak sa pápež zastavil na prahu smrti“. Guľka sa dnes nachádza vložená do zlatej koruny na soche Panny Márie vo Fatime.

Aj dnešný pápež František putoval do Fatimy na pamätný deň 13. mája 2017 a tým chcel zaiste zdôrazniť jeho význam a aktuálnosť pre naše časy. Ako to povedal ešte roku 1985 kardinál Ratzinger, budúci pápež Benedikt XVI.: „Z toho miesta odznel prísny signál a výzva k vážnemu životu, lebo ľudstvo sa ocitá v nebezpečenstve“. Mária naozaj predznačila druhú svetovú vojnu, predpovedala pád komunizmu v roku 1989, poukázala malým pastierikom i našej generácii na zhubnú hrôzu pekla, na dôležitosť obrátenia a pokánia, na silu modlitby, najmä ak vzývame príhovor jej prečistého Srdca.

Podľa výrokov Lucie v takzvanom „tajomstve“ je kľúčovým výrazom v prvej časti výraz „spasiť duše“ a v ďalšej časti trojnásobné zvolanie: „pokánie, pokánie, pokánie“.

Pridajme sa teda v duchu všetci k púti nášho Svätého Otca Františka a pripojme svoje modlitby, aby nám fatimská Matka Božia vyprosila tie milosti a Božie dary, ktoré najviac potrebujeme.

Spravme si aj my v duchu tichú osobnú púť do Fatimy.

Redakčná rada



## Použitie laryngeálnej masky v anesteziológii

### Use of Laryngeal Mask in Anesthesia

Marián Berešík<sup>1,3</sup>, Eleonóra Benčíková<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Ústredná vojenská nemocnica SNP v Ružomberku - FN, Klinika AIM, Ružomberok,

<sup>2</sup> Ústredná vojenská nemocnica SNP v Ružomberku-FN, ÚVVV, Ružomberok,

<sup>3</sup> Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

#### Abstrakt:

Laryngeálna maska (LM) predstavuje bezpečný, jednoduchý a neinvazívny spôsob zaistenia dýchacích ciest. Na základe vlastných skúseností v zhode s literárnymi údajmi autori konštatujú, že laryngeálna maska v indikovaných prípadoch spoľahlivo zabezpečuje voľné dýchacie cesty, a to účinnejšie a ľahšie ako tvárová maska a oveľa menej invazívne ako tracheálna intubácia. Je významným prínosom pre bezpečnosť pacienta a jednoduchou alternatívnou metódou pre anesteziológa.

**Kľúčové slová:** Laryngeálna maska. Anestézia. Intubácia.

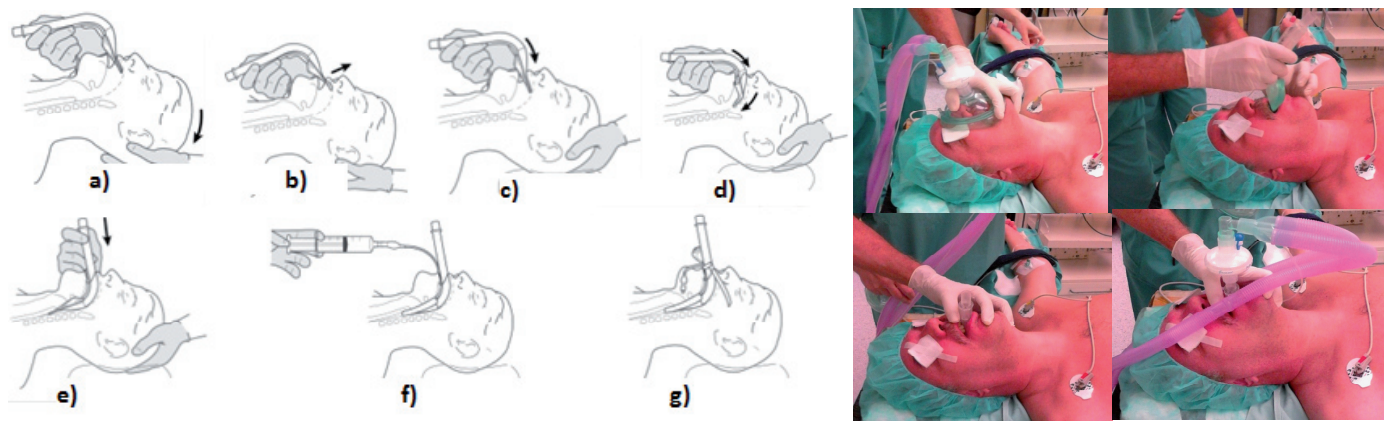
#### Abstract:

The laryngeal mask (LM) provides a safe and effective method of securing an airway in anesthesia and critical care settings. Based on their own experience and in correlation with literary data they state the laryngeal mask in the indicated cases be a reliable means for maintaining the airways better and easier than the facial mask and much less invasively than endotracheal tube. It is an important contribution for the patient safety and a simple alternative method the anesthesiologist.

**Key words:** Laryngeal mask. Anaesthesia. Intubation.

Za možnosť využívania výhod laryngeálnej masky (LM) vďačíme Archie Brainovi, ktorý ju vyvinul a prototyp po prvýkrát vyskúšal v roku 1981. Na začiatku bola laryngeálna maska určená pre krátke operačné výkony bez nutnosti použitia

svalových relaxancií. V súčasnej dobe je LM použiteľná s jej modifikáciami pri obtiažnej intubácii ako i pri anestézii, tak i pri urgentnej situácii [1-6].



**Obrázok 1** Postup zavedenie LM ( a ) - umiestnite hlavu a krk ako pri normálnej tracheálnej intubácii; b) - zatlačte špičku masky proti tvrdému podnebiu; c) - zatlačte manžetu hlbšie do úst a uchovajte pritom tlak proti podnebiu; d) - vsuňte pomôcku dovnútra pomocou otáčavého pohybu, zatlačajte proti kontúram tvrdého a mäkkého podnebia; e) - posúvajte pomôcku do dolnej časti hrtana, kým neucítite odpor; f) - nahustite manžetu bez toho, aby ste držali trubicu; g) - vložte rolku gázy ako ochranu proti zahryznutiu a prílepte pomôcku na miesto tak, aby proximálny koniec dýchacej trubice smeroval kaudálne [6].

#### Súbor chorých, metodika a výsledky

Po obdržaní laryngeálnej masky a podrobnom preštudovaní dostupnej literatúry a opakovanom ujasnení si techniky zavádzania LM (Obr.1) na videofilme sme na našom oddelení LM č.2, 3 a 4 začali používať ako prví na Slovensku od januára 1992. Za roky 2015 a 2016 sme ju použili u 2250 náhodne vybraných pacientov, 750 žien a 1500 mužov. Zo 750 žien najmladšia mala 7 rokov a najstaršia 65 rokov,

najmenšia telesná hmotnosť bola 19 kg a najväčšia 100 kg. Z 1500 mužov najmladší mal 2 roky a najstarší 72 rokov, najmenšia hmotnosť bola 15kg a najväčšia 104 kg. V posledných rokoch, keď sa operatíva rozšírila, ročne sme použili LM v priemere pre 1500 operačných pacientov. Najčastejšie pri výkonoch ortopedických, chirurgických a čiastočne pri výkonoch otorinolaryngologických.

Zo súboru sme vylúčili pacientov s plným žalúdkom, so zavedenou žalúdočnou sondou – prípadne, kde sa mala peroperačne zaviesť, chorých so zníženou torakopulmonálnou compliance a tých, u ktorých sme predpokladali príliš dorzálnu uloženie hrtana a trvanie chirurgického výkonu dlhšie ako 2 hodiny.

Vo väčšine prípadov sme použili LM pre výkony na horných a dolných končatinách, v anogenitálnej krajine a na prednej stene brušnej so zachovanou spontánnou ventiláciou. V 20 prípadoch sme ju použili pre vnútrobrušné výkony v spojení s umelou pľúcnou ventiláciou (UPV). Pred zavedením LM sme všetkým pacientom podali P.O., premedikáciu Dormicum 7,5 mg v obvyklých dávkach. Sestra vždy skontrolovala funkciuschopnosť LM, odsala manžetu a zvlhčila fyziologickým roztokom. Pre indikáciu do celkovej anestézie (CA) sme postupne použili Propofol 2-3 mg/kg, alebo Thiopental (v dávke 5 mg.kg<sup>-1</sup>.t.hm.). Pred vlastným použitím LM, ak to bolo možné, sme hlavu uložili do záklonu, čím sa zlepšili podmienky pre zavedenie masky. LM sme zavádzali v dvoch fázach. V prvej sme ju držali ako ceruzku niekoľko cm za manžetu, zavádzali sme ju v ose dutiny ústnej, pričom špička manžety postupne sledovala tvrdé a mäkké podnebie. Ak prekážal koreň jazyka, jazyk sme povytiahli alebo miernymi rotačnými pohybmi LM na obidve strany sme túto prekážku prekonali, prípadne sme použili ukazovák ako zvládač a zasunuli sme ju za koreň jazyka. Sestra v tejto fáze podľa potreby pomáhala udržiavať pootvorenú dutinu ústnu alebo povytiahla jazyk. V druhej fáze sme podobným hmatom, s miernym tlakom ukazováka na koniec bukálnej rúrky, LM zasunuli nad vchod do hrtana, čo vždy bolo spojené s pocitom elastickeho odporu. Potom sestra nafúkla manžetu vzduchom podľa pokynov výrobcu, upravili sme polohu hlavy, správne zavedenie LM sme skontrolovali pohmatom a posluchom a proti zahryznutiu sme použili mulový valček, ktorý sme spolu s koncom bukálnej rúrky fixovali leukopurom k tvári. Čierna čiara na rúrke musela vždy smerovať priamo k hornej pere. Pri správnej polohe LM riadená alebo spontánná ventilácia je obdobná ako pri tracheálnej intubácii.

Pri použití vyššie uvedených preparátov k indukcii vznikol prechodný laryngospazmus (zaznamenali sme ho u 10 pacientov), u ostatných chorých sme k indukcii podali thiopental v dávke 3-4 mg.kg<sup>-1</sup> a suxametonium v dávke 0,5-0,75 mg.kg<sup>-1</sup>. Po tomto úvode sa dal lepšie urobiť záklon hlavy, LM sa potom zavádzala ľahšie a bez vzniku prechodného laryngospazmu. LM sme zrušili po skončení anestézie, po odsatí dutiny ústnej pri navracajúcom sa vedomí alebo za úplne vedomia a spolupráce chorého.

*Možnosť zavedenia LM sme hodnotili nasledovne:*

- ľahké: u 1980 pacientov – 88 %;
- ťažké: u 260 pacientov – 11,55 % (tu sme použili ako zavádzač, prípadne sme LM zaviedli až po opakovanom pokuse);
- nemožné: u 10 pacientov – 0,45 %.

V našom súbore sme LM spoľahlivo zaviedli u 2240 pacientov, t.j. v 99,55 %. V neúspešnom prípade išlo o príliš dorzálnu uloženie hrtana, kedy zasa tracheálna intubácia bola ľahká. Ľahké zavedenie sme uskutočnili priemerne za 7 s; priemerná doba ponechania masky pre operačný výkon bola 40,7 min, najkratšia trvala 5 min a najdlhšia 95 min.

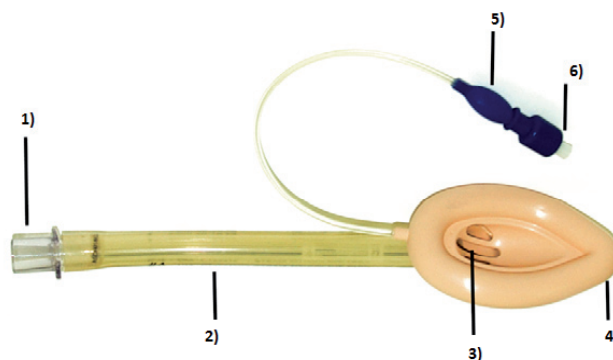
## Diskusia

LM tvorí kompromis medzi anesteziologickou tvárovou maskou a tracheálnou rúrkou. Umožňuje udržať voľné dýchacie cesty bez intubácie alebo záklonu hlavy a predsunutia dolnej čeľuste. Jej tvar je vymodelovaný podľa anatomických krčných pomerov. Elipsoidný prstenec nafúknutej masky, adaptovaný k zadnej stene vchodu do hrtana, urobí hermetické spojenie trachey s bukálnou rúrkou.

**Pre jej spoľahlivé zavedenie musia byť splnené tieto podmienky [2,3,5]:**

1. musí byť správne odsatá, aby mohla ľahko preklíznúť popri koreni jazyka a za epiglotis;
2. ochranné reflexy musia byť dostatočne potlačené;
3. užívateľ musí mať dostatočnú zručnosť a skúsenosť so zavádzaním LM.

Ak sú splnené vyššie uvedené predpoklady, LM môže byť použitý aj menej skúsený personál, pričom nie je potrebný ani laryngoskop, prípadne ani relaxácia a nehrozí riziko ezofageálnej intubácie. Zabezpečuje voľné dýchacie cesty bez manipulácie s hlavou a dolnou čeľusťou, čím uvoľňuje ruky anesteziológa. Tiež uľahčuje riešiť všetky zvláštnosti anestézie obéznych. V indikovaných prípadoch je zaujímavou alternatívou ťažkých a nemožných tracheálnych intubácií, spojených najmä s prednou a vysokou polohou glottis. Pretože nie je kontakt s hlasivkami ani tracheálnou sliznicou, vyhneme sa nežiadúcim kardiovaskulárnym účinkom, bolesti hrdla a poruchám fonácie v pooperačnej dobe; pri jej zavádzaní nehrozí poškodenie chrupu. S výhodou je možno využiť pre výkony v ORL a stomatológii, alebo pre fibroskopické vyšetrenie dýchacích ciest. Zanedbateľná nie je ani jej prijateľná cena, keďže ju možno opakovane použiť niekoľkokrát. Časti profilovanej laryngeálnej masky sú uvedené na obr.2.



**Obrázok 2** Časti profilovanej laryngeálnej masky (1) konektor, 2) - vzduchová trubica, 3) vystužujúca dosička, 4) manžeta, 5) pilotný balónik, 6) jednosmerný ventil)

[Zdroj: vlastné foto autorov].

**Okrem vyššie uvedených predností použitie LM má i svoje nevýhody a limity:**

1. Nemôže sa použiť u afekcií limitujúcich otvorenie úst a pri nestabilite krčnej chrbtice.
2. Niektoré chorobné zmeny (tumor, hypertrofia tonzíl ap.), anomálie horných ciest dýchacích ako i príliš dorzálna poloha hrtana môžu sťažiť alebo zmeniť zavedenie LM.
3. Pokus o zavedenie LM v plytkej CA, najmä u chorých

s chronickou respiračnou insuficienciou, môže vyvolať kašeľ a prechodný laryngospazmus. Prehĺbenie CA dovoľí masku zaviesť. Dyspnoe po odstránení LM bolo popísané v súvislosti s upchatím glottis zaschnutým sekkrétom.

4. Zásadný limit pre použitie LM je, aby tesniaci tlak maska – larynx bol vyšší ako 2 kPa. UPV možno spoľahlivo uskutočniť len vtedy, ak insuflačný tlak menší ako 1,7kPa je kompatibilný s normálnym dychovým objemom. To predpokladá dostatočnú svalovú relaxáciu a torako-pulmonálnu compliance. U našich pacientov tieto podmienky pre UPV boli splnené.
5. Použitie LM je kontraindikované u pacientov s plným žalúdkom, pretože maska nezabezpečuje účinnú ochranu pred aspiráciou žalúdočného obsahu.

#### Pre použitie LM platia tieto indikácie:

1. Stredne trvajúce (15-60 min) plánované výkony v polohe na chrbte so zachovanou spontánnou ventiláciou. Ak sa jedná o dlhšie trvajúce výkony a rôzne polohy, musia byť kompatibilné s použitím LM.
2. UPV môže byť uskutočnená len pri použití nízkych insuflačných tlakov.
3. Použitie LM v neodkladnej medicíne, prípadne nelekármi, treba dôkladne zvážiť.
4. Pri ťažkej a nemožnej intubácii môže byť LM využitá ako alternatívna metóda. Je veľmi cenná v pôrodnickej anestézii.
5. Môže uľahčiť tracheálnu intubáciu, keď sa využije ako vodič. Sami sme s úspechom uskutočnili intubáciu cez LM lubrifikovanou tracheálnou rúrkou u operovaných pacientov.

#### Záver

Pri dodržaní indikácií a kontraindikácií je LM vhodnou alternatívou tracheálnej intubácie. Významným spôsobom rozširuje možnosti zabezpečenia voľných ciest dýchacích, čím zvyšuje bezpečnosť pacientov v prípadoch, ak intubácia nie je možná. Indikáciu LM limituje plný žalúdok a potreba dlhodobej ventilácie.

#### Literatúra:

1. Paul G. Barash, Bruce F. Cullen, Robert K. Stoelting a kol.: *Klinická anesteziologie*. 2009 Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Grada Publishing, a.s., 2015, ISBN 978-80-247-4053-9
2. Brimacombe, J.R.: *Laryngeal Mask Anesthesia principles and practice*. First published. Saunders, 2005. ISBN: 0-7020-2700-6.
3. Silsby, J., Jordan, G., Bayley, G. et al.: *Evaluation of four airway training manikins as simulators for inserting the LMA classic*. Anaesthesia. 2006
4. Jiří, M. a kol.: *Praktická anesteziologie*. E-KNIHA. 2011, Grada.
5. Trimmermann, A., Cremer, S., Elich, C., et al.: Prospective clinical and fiberoptic evaluation of the Supreme laryngeal mask airway. *Anesthesiology* 2009, Vol.110, 262-265. ISSN: 0003-3022
6. Interný dokument KAIM ÚVN SNP Ružomberok – FN

#### Kontakt:

MUDr. Marián BEREŠÍK, PhD.  
UVN SNP – FN Ružomberok  
Gen. Vesela 21 034 26 Ružomberok  
034 26 Ružomberok  
E-mail: beresikm@uvn.sk

# Komunikácia s pozostalými v neodkladnej prednemocničnej starostlivosti

## Communicating with Survivors in Emergency Prehospital Care

Alena Dudeková, Veronika Petrovičová, Viliam Dobiáš

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií,  
Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti

### Sumár

Príspevok je zameraný na analýzu pripravenosti zdravotníckych záchranárov na komunikáciu s pozostalými v situácii, kde na mieste zásahu prišlo k úmrtiu pacienta, kde boli prítomní aj jeho blízki. Na základe výsledkov sme zistili, že zdravotnícki záchranári nie sú dostatočne pripravení na komunikáciu s pozostalými v neodkladnej prednemocničnej starostlivosti a komunikácia s nimi má na nich výrazný vplyv.

**Kľúčové slová:** Zdravotnícky záchranár. Urgentná zdravotná starostlivosť. Úmrtie. Komunikácia

### Summary

The paper is focused on the analysis of the preparedness paramedics to communicate with survivors in a situation where on-site intervention came the death of the patient, where they were present and their families. Based on the results, we found that paramedics are not sufficiently prepared to communicate with survivors in urgent prehospital care, and communication with them has significantly affected.

**Key words:** Paramedic. Prehospital care. Decease. Communication.

### Úvod

Údaje zo štatistického úradu dokazujú, že v roku 2014 zomrelo náhlou smrťou v prepočte na 100 000 obyvateľov viac ako 1442 ľudí. Zomieranie a smrť sú nevyhnutnou súčasťou života každého z nás, ale napriek tomu je táto téma tabu pre mnohých ľudí, či dokonca zdravotníkov. Samozrejme je pochopiteľné, že zo smrti máme strach a rešpekt, ale nie je to dôvod, prečo sa o tom nemá hovoriť. Môžeme sa ocitnúť priamo v situácii, kedy nám pred očami zomrie blízky človek alebo náhodný okoloidúci. Reakcia zmätenosti, strachu, nevedomosti, nevieme, aké emócie treba prejavovať a ako pristupovať k takému problému. To, že smrť je súčasťou života a že zdravotnícki pracovníci sa s ňou stretávajú, dokazujú aj údaje zo štatistického úradu, podľa ktorého len v roku 2014 bolo 51 499 mŕtvych bez ohľadu na diagnózu, či už v podmienkach záchranej zdravotnej služby, nemocnici alebo zariadení pre seniorov. To dokazuje, že pracovník záchranej zdravotnej služby sa so smrťou pacienta stretne celkom často a teda je veľmi dôležité, aby bol dostatočne edukovaný a pripravený tejto skutočnosti čeliť a komunikovať o tom s pozostalými.

### Komunikáciu s pozostalými v prednemocničnej starostlivosti

Komunikácia s človekom, ktorého postihla nepredvídateľná udalosť, ako je úmrtie blízkej osoby je výrazne ovplyvňovaná mnohými osobnostnými a situačnými faktormi, ako sú stres a emócie. V našej spoločnosti si väčšina ľudí predstavuje umieranie ako obdobie ťažkého fyzického a psychického utrpenia, ako nevyhnutné a kruté zlo. Je dôležité, aby sa táto mienka prehodnotila a umieranie sa prijímalo ako bežná súčasť plnohodnotného a zdravého života, ako niečo, čo k životu bezprostredne patrí, ako jedna z jeho dôležitých etáp, v priebehu ktorej môže človek dospieť do plnosti svojho človečenstva. „Je veľmi dôležité si uvedomiť, že ak chceme ponúknuť profesionálnu podporu pozostalým, musíme mať vysporiadané svoje vlastné pocity a postoje nad otázkami života a smrti. Náš postoj k smrti

i k samotnému zomieraniu priamo ovplyvňuje schopnosť zvládnuť prácu s pozostalými“ (Hlinková, Moraučíková, 2014). Pre záchranárov je podávanie nepriaznivých informácií obdobne náročné, ako pre pozostalých túto informáciu prijať. Na podanie takejto nepriaznivej informácie je potrebné vyhradiť si dostatok času a miesta, kde nebudú rušení. Zdravotnícki záchranári by mali vedieť správne odhadnúť situáciu a dostatočne si premyslieť, ako to príbuznému oznámiť a aký spôsob komunikácie si zvolia, pričom je treba zohľadniť úroveň inteligencie, osobnosť, zdravotný stav a sociálnu situáciu pozostalých. Nemali by používať nezrozumiteľné a odborné pojmy, ale stručne odôvodniť príčinu a vysvetliť okolnosti úmrtia. Takisto by mali byť ochotní a pripravení odpovedať na otázky pozostalých tak, aby sa aspoň čiastočne dokázali vyrovnáť s danou nepriaznivou situáciou. Špecifická situácia nastáva vo chvíli, keď príde ku stretnutiu rodinných príslušníkov a zdravotníckych záchranárov počas zásahu zdravotnej záchranej služby, či už v teréne alebo priamo doma. Už len záchranárska uniforma môže prinášať upokojujúci pocit, že je na mieste niekto, kto vie, čo má robiť a dokáže postihnutému nejakým spôsobom pomôcť. Okolie záchranárov často vníma ako „spasiteľov“, ale môžu sa stať aj terčom na vybitie zlosti. Je nevyhnutné si uvedomiť, že vnímanie smrti je iné z emocionálneho a časového hľadiska u profesionálov, ktorí sa v tejto situácii ocitli viackrát ako u príbuzných postihnutého, ktorých sa táto situácia dotýka úplne iným spôsobom. Dá sa povedať, že záchranári sú výborne vyškolení a vybavení pre technické zvládnutie liečby a záchrany života pacienta, ale čo sa týka poskytovania psychologickéj prvej pomoci a komunikácie s postihnutým alebo priamo s rodinným príslušníkom, o ktorom sa hovorí aj ako o „sekundárne zaťaženom“, je oveľa horšie. Pre zdravotníckych záchranárov je pochopiteľné na prvom mieste starostlivosť o postihnutého a prítomnosť iných osôb môžu vnímať ako prekážku pre svoj primárny výkon. Prípadné emočné prejavy príbuzných záchranári riešia medikáciou, čiže možnými prostriedkami na upokojenie, ktoré však majú len krátkodobý účinok.



## Cieľ prieskumu

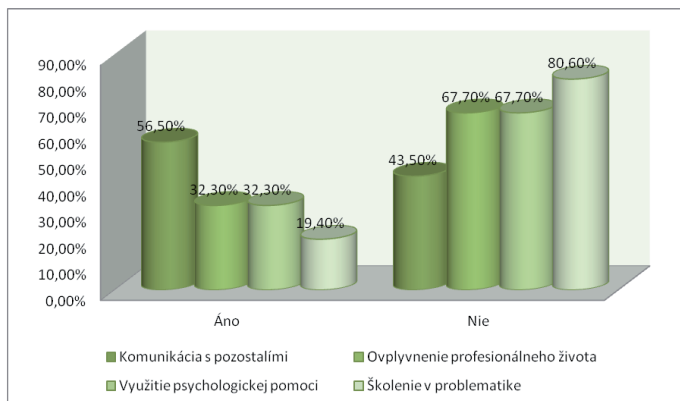
Cieľom nášho prieskumu bola analýza vedomostí o psychologickú prvej pomoci medzi profesionálnymi zdravotníkmi záchranármi, zistiť aké spôsoby komunikácie s pozostalými preferujú zdravotnícky záchranári a aký vplyv má úmrtie pacienta na osobný a profesijný život zdravotníckeho záchranára.

## Charakteristika prieskumu

Na získanie potrebných údajov sme vybrali empirickú metódu zberu informácií formou anonymného dotazníka. Prieskum bol realizovaný pomocou aplikácie Google dotazník. Všetky štatistické testy boli robené na hladine významnosti  $\alpha = 0,05$ . Pre štatistickú analýzu sme použili Chí kvadrát test v kontingenčných tabuľkách (histogram).

## Charakteristika prieskumnej vzorky

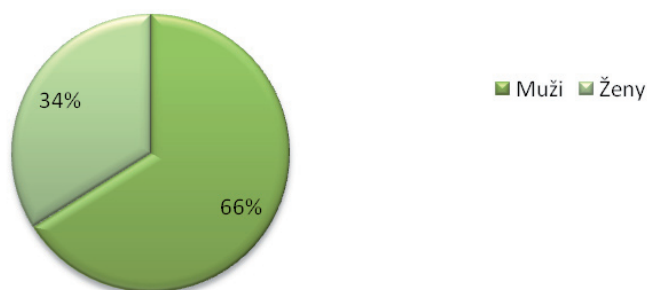
Prieskum sa uskutočnil v novembri 2015, pričom on-line zber údajov trval 22 dní. Pre zber údajov bola použitá dotazníková metóda. Do prieskumu sa zapojilo 62 respondentov, pričom 66,1 % (41) bolo mužov a 33,9 % (21) bolo žien. Dotazník obsahoval 21 otázok, 11 štruktúrovaných, 1 neštruktúrovaná a 8 poloopených. Dotazník bol určený výlučne len pre zdravotníckych záchranárov, to znamená, že nik iný nemal možnosť ho vyplniť.



Graf 3 Vyhodnotenie otázok

Z celkového počtu  $N = 62$  (100%) bolo  $n_1 = 66,1\%$  a  $n_2 = 33,9\%$  respondentov. Z celkového počtu  $N = 62$  (100%) nám na komunikáciu s pozostalými odpovedalo  $n_1 =$  odpovedalo 56,5 % a  $n_2 = 43,5\%$  respondentov. Ako situácie ovplyvňujú ich osobný život, nám z celkového počtu  $N = 62$  (100%) nám v  $n_1 =$  odpovedalo 32,2 % a  $n_2 = 67,7\%$  respondentov. Pri odpovedi, či záchranári uvažovali psychologickú pomoci po náročnom zásahu nám z celkového počtu  $N = 62$  (100%) nám v  $n_1 =$  odpovedalo 32,3 % a  $n_2 = 67,7\%$  respondentov. Pri otázke na školenie nám z celkového počtu  $N = 62$  (100%) nám v  $n_1 =$  odpovedalo 19,4 % a  $n_2 = 80,6\%$  respondentov.

Pohlavie



Graf 1 Proporciónne zastúpenie respondentov na základe pohlavia

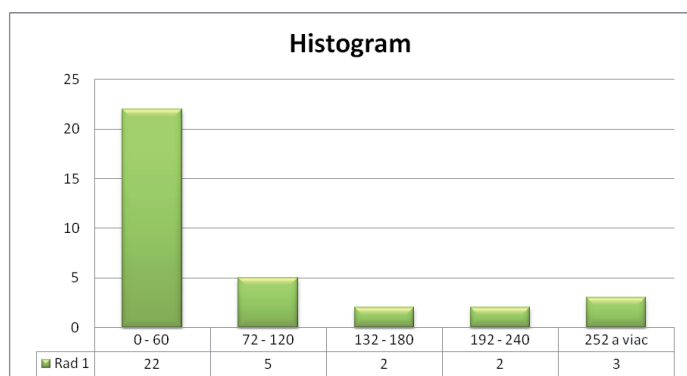


Graf 4 Odpoveď respondentov na otázku: Čo považujete za základné vlastnosti v komunikácii s pozostalými?

Tabuľka 1 Odpoveď respondentov na otázku: Čo považujete za základné vlastnosti v komunikácii s pozostalými?

Odpoveď*	Počet respondentov
Odmietanie	0
Pokora	19
Empatia	50
Pýcha	0
Zdržanlivosť	2
Porozumenie	51
Ľudskosť	55
Iné	6

\*Každý respondent mal možnosť označiť viacero odpovedí. Z celkového počtu  $N = 62$  (100%), nám 0% označilo odpoveď odmietanie, 30,6 % pokora, 80,6 % empatia, 0 % pýcha, 3,2 % zdržanlivosť, 82,3 % porozumenie, 88,7 % ľudskosť a 9,7 % respondentov uviedlo inú odpoveď.



Graf 2 Rozdelenie respondentov na základe dĺžky praxe

## Diskusia

Náš prieskum nám potvrdil naše očakávania, pretože sme predpokladali, že zdravotnícky záchranári nie sú dostatočne pripravení na komunikáciu s pozostalými v neodkladnej prednemocničnej starostlivosti. Prieskum nám ukázal, že dĺžka praxe má štatisticky významný vzťah ( $p=0,012$ ) a má pozitívny vplyv na komunikáciu s pozostalými. Zároveň nám ale zamietol ( $p=0,939$ ) náš predpoklad, že dĺžka praxe zdravotníckych záchranárov ovplyvňuje ich osobný a profesijný život. Jedným z ďalších našich zistení bolo, že v prípade opakovaných situácií nemá štatisticky významný vplyv na pozorovanie alebo na posun v kvalite komunikácie s pozostalými na mieste zásahu u zdravotníckych záchranárov ( $p=0,822$ ). Podľa Šoltésa: „*Mnohí lekári túto povinnosť zle znášajú, snažia sa jej vyhýbať, alebo informujú spôsobom, ktorý je necitlivý, neodborný a vo svojich dôsledkoch iatrogénny.*“

To že smrť pacienta ovplyvňuje každého z nich a často na to myslia, bývajú psychicky vyčerpaní, nám potvrdili aj odpovede respondentov. Vždy sa snažia sa byť chápaní a empatickí ku každému z nich a zároveň sa snažia byť profesionálni a zvyknúť si na to aj keď vedia, že na tieto situácie sa nikdy zvyknúť nedá. Aj na základe zistených odpovedí, môžeme súhlasiť s výrokom od Gurňákovskej (2013), ktorá uvádza: „*Najrýchlejšie sa po náročnej udalosti podľa svojho subjektívneho hodnotenie dokážu zotaviť záchranári.*“ Vyrovnanie sa s danou situáciou veľmi záleží aj od veku pacienta. Inak vnímajú, keď im zomrie starší človek v terminálnom štádiu ochorenia alebo mladý zdravý človek pri dopravnej nehode, samovražde a podobne, vtedy to prežívajú veľmi intenzívne a stresujúco. Väčšine respondentov robí problém oznámiť pozostalému samotné úmrtie ich blízkeho, majú obavy, ako bude pozostalý reagovať, nevedia, čo majú očakávať od samotnej situácie. Šoltés (2008) uvádza: „*Niektoré nepriaznivé informácie hodnotíme ako extrémne nepriaznivé, s ktorými sa človek veľmi ťažko vyrovnáva.*“ Náročné sú aj oznámenia úmrtia dieťaťa, no najmä v rómskej rodine, vtedy majú strach najmä z reakcie pozostalých. Jeden z hlavných dôvodov negatívnej reakcie u pozostalých bolo odmietnutie, stres a nepripustenie si faktu, že ich príbuzný už nejaví známky života. Väčšina opýtaných respondentov odpovedala, že otázka „*informácia*“ sa týka skôr príbuzných ako ich. Práve preto nám táto otázka neprinesla výsledok, o ktorý by som sa mohla oprieť. Šoltés (2008) uvádza: „*Človek rozumovo odmieta, ale emočne prijme. Argumentuje, že to nemôže byť pravda, ale je emočne informáciou zasiahnutý a prejavuje emočnú labilitu, plač, hnev a pod.*“

Zdravotnícky záchranári nám v dotazníku uviedli, ako najčastejšie dôvody komunikácie s pozostalými informácie o ďalšom postupe, ako napr. kedy príde obhliadajúci lekár, čo sa bude robiť s telom, administratíva, vybavenie pohrebnej služby a podobne. Vo výnimočných prípadoch vysvetľovali aj príčinu úmrtia príbuzným. Z toho vyplýva, že záchranár s pozostalým komunikuje priamo a to aj bez prítomnosti lekára. Väčšina z nich má už naučený postup. Šoltés (2008) uvádza: „*V komunikácii zlých správ sa všetko morálne točí okolo problému pravdy.*“

Ak má vedieť zdravotnícky pracovník správne komunikovať, mal by byť školení na danú problematiku. Na základe odpovedí respondentov vyplýva, že školení sú málo, resp. vôbec. Z celkového počtu iba 19,40% boli preškolení v danej problematike. Danej tematike sa venovali len okrajovo počas štúdia na vysokej škole, čo označujú ako nedostačujúce.

Aj Humpl (2013) uvádza: „*Pri práci s človekom, ktorého postihla akútna stresová reakcia, není odbornosť psychologa obvykle nezbytná. Pracuje se ponejvíce s tzv. první psychologickou pomocí či intervencí. Nejde o žádnou psychoterapii nebo léčbu.*“ Rovnako nám odpovedali aj na otázku, či majú možnosť počas svojej práce využiť psychologickú pomoc, ktorú mu zabezpečí zamestnávateľ. Aj systém psychosociálnej služby v ČR (2016) uviedol, že: „*Péče o kolegy patří mezi benefity péče o zaměstnance příslušné organizace a peer (pracovník vyškolený v poskytování specifických metod první psychologické pomoci), je reprezentantem tohoto benefitu.*“

Každý záchranár by mal mať prehľad o odbornej psychologickej prvej pomoci, mali by vedieť odporučiť pomoc pozostalým na mieste zásahu, kde prišlo k úmrtiu im blízkej osoby. Jednou z najznámejších krízových centier, ktoré sa venujú krízovej intervencii je Modrý anjel, ktorého odporučil len jeden respondent. Myslíme si, že každý záchranár by mal poznať aspoň jednu linku alebo inú možnosť krízovej intervencie, aby v takýchto situáciách mohol zmierniť a uľahčiť bolesť pozostalého v čase úmrtia jemu blízkej osoby.

## Odporúčanie pre prax

Po vyhodnotení výsledkov tohto prieskumu by sme odporúčali:

- 1) viac teórie a praktických cvičení už počas štúdia na prvom stupni bakalárskeho študijného programu urgentná zdravotná starostlivosť v rámci odbornej komunikácie a krízovej intervencie,
- 2) zabezpečiť odborné školenia pre záchranárov v komunikácii s pozostalými a v poskytovaní psychologickej prvej pomoci,
- 3) umožniť zdravotníckym záchranárom s vysokoškolským vzdelaním priamu komunikáciu a oznámenie úmrtia pacienta pozostalým, prípadne podávanie informácií ohľadne ďalšieho postupu, pretože aktuálna vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 9. júla 2010, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach, toto neumožňuje,
- 4) poskytnúť a zabezpečiť v rámci prednemocničnej zdravotníckej starostlivosti psychologickú prvú pomoc pozostalým,
- 5) umožniť zo strany zamestnávateľa v prípade potreby odbornú psychologickú pomoc každému zdravotníckemu záchranárovi po psychicky náročnom výjazde.

## Záver

Komunikácia s pozostalými je veľmi náročná a to aj zo strany zdravotníckych pracovníkov v nemocnici, zdravotníckych záchranárov v neodkladnej prednemocničnej starostlivosti, či už samotných pozostalých s nimi. V našom prieskume sa snažili znázorniť, ako zdravotnícki záchranári dokážu komunikovať a vnímajú kontakt s pozostalými na mieste zásahu, kde prišlo k úmrtiu pacienta. Myslíme si, že tieto situácie nie sú pre zdravotníckych záchranárov jednoduché, napriek tomu sa v nich často ocitnú a každý z nich na ne reaguje odlišne. Z toho dôvodu sme sa rozhodli preskúmať ich reakcie, prípravu a úroveň komunikácie. Záchranári, ktorí sa v tejto situácii nachádzajú, by mali vedieť adekvátne pomôcť, poskytnúť pozostalým

dostatok informácií a byť im oporou. Pre túto štúdiu sme zvolili dotazníkovú formu, respondenti boli iba záchranári z praxe v Záchranom zdravotnom systéme. Vzhľadom na fakt, že som sa ani s jedným respondentom nestretli osobne, pripúšťame, že môžu byť niektoré odpovede nepresné a respondent ich mohol skresľovať vo svoj prospech. Z výsledkov vyplýva, že uvedená problematika je v dnešnej dobe stále aktuálna a je potrebné sa zamerať na jednotlivé problematické oblasti v profesii zdravotníckeho záchranára. „Všetko má svoj čas a každé počínanie pod nebom má svoju chvíľu, je čas narodiť sa i čas umrieť.“ (Kniha Kazateľ, Biblia, 3,1-2).

## Literatúra

1. Andršová A., Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi, Grada 2012, 128 s., ISBN 978-80-247-4119-2
2. Guřňáková J. a kol., Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť, Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava 2013, s. 83, ISBN 978-80-88910-45-9
3. Humpl, L., Prokop, J., M., Tobiášová, A., První psychická pomoc ve zdravotnictví, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2013, 134 str., ISBN 978-80-7013-562-4
4. Hlinková, S., Moraučíková, E. Spirituality and Spiritual Needs in the Palliative Care. In Littva, V. *Satisfying Spiritual Needs of Dying*. Brno: Tribun. 2014. s. 135 – 156, ISBN 978-80-263-0866-9.
5. Vzdělávací a pracovní činnost peera SPIS. Systém psychosociální intervenční služby ČR. Available at: <http://www.spiscr.info/cs/vzdelavaci-a-pracovni-cinnost-peera-spis/t1036/-jsme/t1001/> 19.2. 2016
6. Šoltés, L., Pullman, R., a kol., Vybrané kapitoly z medicínskej etiky, Osveta, Martin 2008, ISBN 978-80-8063-287-8
7. Zdravotníctvo slovenskej republiky v číslach 2014, Národné centrum zdravotníckych informácií 2015 (brožúra)

## Kontakt:

PhDr. Alena DUDEKOVÁ  
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave  
Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti  
Limbova 12,  
833 03 Bratislava  
E-mail: [alena.dudekova@szu.sk](mailto:alena.dudekova@szu.sk)

# Ageizmus a jeho vplyv na zdravotný a sociálny stav súčasného seniora

## Ageism and its impact on health and social status of the current senior

Katarína Kotradyová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Teologická fakulta Košice, Teologický inštitút Spišské Podhradie

### Súhrn

Autorka v článku poukazuje na to, že ageizmus ako veková diskriminácia má v súčasnej spoločnosti stúpajúcu tendenciu, pričom ageizmus má negatívny dopad na zdravie seniorov a to predovšetkým v kontexte nástupu psychických ochorení. Psychické ochorenia seniorov, ktoré sú z časti zapríčinené ageizmom sa podpisujú na znížení kvality života, ale i na nižšom veku dožitia. Je potrebné, aby sa tejto téme v budúcnosti venoval väčší priestor, predovšetkým s prihliadnutím na stúpajúci nárast obyvateľstva vo vyšších vekových skupinách.

**Kľúčové slová:** Ageizmus. Diskriminácia. Seniori. Psychické ochorenia.

### Summary

The author of the article points out that ageism as age discrimination in contemporary society is increasing, while ageism has a negative impact on the health of the elderly and especially in the context of the onset of mental disorders. Elderly mental illnesses that are partly caused ageism are signed to reduce the quality of life but also to a lower life expectancy. It is necessary that this subject in the future to pay more attention, particularly in view of the increasing growth of population in older age groups.

**Key words:** Ageism. Discrimination. Seniors. Mental illness.

### Úvod

Starší jedinci tvoria veľmi rôznorodú skupinu, nakoľko mnohí seniori vedú aktívny a zdravý život, kým iní, neraz aj „mladší“, majú kvalitu života nižšiu. Ľudská staroba je pritom jedinečná a závisí od množstva faktorov, vrátane pohlavia, etnického a kultúrneho pozadia, ale i toho či človek žije v industriálnych, alebo rozvojových krajinách, meste alebo na vidieku. Klimatické a geografické podmienky, veľkosť rodiny, životné skúsenosti a zručnosti, to všetko sú faktory a podmienky, ktoré ľudí čoraz viac odlišujú, než len to, že sú v pokročilom veku (Hrozenská, 2008). V súčasnosti sa však v súvislosti so starobou objavuje čoraz častejší pojem ageizmus.

Samotný pojem ageizmus je odvodený od anglického slova age, ktoré znamená vek, prípadne starobu a všeobecne sa ním označuje „spoločenský predsudok voči starobe“ (Jirásková, 2005). Aronson sa vo svojej štúdii sám zamýšľala nad tým, prečo je tento spoločenský predsudok na vzostupe. Tvrdí pritom, že možno je to preto, že vplyvy veku sú výrazne viditeľné, a to aj u najzdravších starších ľudí, a pretože väčšina ľudí pred smrťou ochorie, znižujeme posledné desiatky rokov trvajúcej fázy života do jedinej, škodlivej staroby a to aj napriek drvivému množstvu dôkazov o jej pozitívnych radoostiach (Aronson, 2015). V skutočnosti je však vyšší vek najpestrejšou dobou života. Prečo teda mnoho ľudí pripisuje takúto jednotnú negatívitu práve starobe? Butler<sup>1</sup> mal nasledujúce vysvetlenie: „ageizmus dovoľuje mladšej generácii vidieť starších jedincov odlišne od seba a tak sa nenápadne prestanú identifikovať so staršími osobami ako s ľudskými bytosťami“. Tento postoj dáva síce zmysel, ale nevysvetľuje to fakt, prečo máme starších ľudí držať čo najďalej od seba. Je tiež pravdou, že so staršími jedincami cítime súcit, ale pritom si následne myslíme, že my sme v bezpečí. Nie však pred starobou.

Inými slovami, prevažujúci názor na starších ľudí je dnes negatívny, tónovaný s ageizmom a v protiklade s kultúrou mladosti. Tento pohľad maskuje veľké kultúrne, sociálne, fyziologické a

<sup>1</sup> Butler použil v roku 1962 prvýkrát pojem ageizmus.

psychologické heterogenity seniorov. (Schroyen, 2015) Mladosť je synonymom sily, húževnatosti a predovšetkým zdravia, čo o starobe povedať nemôžeme. Ageizmus pritom systematicky, na individuálnej a inštitucionálnej úrovni diskriminuje a stereotypizuje jedincov a to na základe veku. Sýkorová (2007) tvrdí, že ide predovšetkým o obmedzenie sociálnych rolí a znehodnocovanie statusu seniora. Prejavy ageizmu pritom môžu byť videné implicitne aj explicitne naprieč mnohým úrovňami a kontextom v rámci celej súčasnej spoločnosti. Empirické dôkazy však poukazujú na to, že realistickejší a konštruktívny pohľad na starnutie uznáva pozitívne i negatívne zmeny v čase, keď ľudia starnú (Miche, 2015). Ageizmus je v spoločnosti živý a je v mnohých ohľadoch silný, pričom tieto stereotypy o starobe sa prejavujú tak vo verejných ako aj súkromných inštitúciách. Negatívna zaujatosť kvôli veku je v súčasnej dobe zúfalo prevládajúca a tak je u starších jedincov, vzhľadom k tomuto fenoménu, možné rozpoznávať ťažkú súčasnú realitu (Irving, 2015). Skutočnosť, ak sa napr. politik urážlivo zmieňuje o národnostných a etnických menšinách, zdvihne vždy vlnu odporu. Ale na urážky starších ľudí nikto nereaguje. Predsudky, práve preto, že sú v podvedomí, zvyšujú medzigeneračné napätie a averziu. Zle sa s nimi žije a zle sa bude starnúť i tými mladšími medzi nami (Šiklová, 2007). Paradigma ageizmu slúži aj k oslabeniu príležitosti pre zmysluplné voľnočasové zážitky seniorov. Môžeme síce navrhnúť spôsoby, ktorými prispejeme k návratu k zmysluplnému tráveniu voľného času v neskoršom živote a umožniť starším dospelým odolať diskriminačným praktikám, ale málokedy to ako spoločnosť robíme (Genoe, White, 2015).

Významná štúdia týkajúca sa vekovej diskriminácie bola realizovaná v roku 2015 v Južnej Amerike a bola založená na prierezovom výskume, ktorého sa zúčastnilo 284 študentov z vysokých škôl v Čile. V rámci výskumu bol použitý dotazník o negatívnych dôsledkoch stereotypov, ktoré spájame so starobou. Otázky boli rozdelené do troch kategórií: zdravie, sociálne

faktory vrátane motivácie a charakter osobnosti. Skóre pre každú kategóriu bolo zoskupené do nasledujúcich kategórií: pozitívne, neutrálne a negatívne. Negatívne stereotypy boli porovnávané cez pohlavie a cez úroveň sociálno-ekonomického statusu. Väčšina účastníkov mala neutrálne stereotypy voči starnutiu, za neutrálnymi stereotypmi však nasledovalo negatívne vnímanie staroby. Neboli zistené žiadne rozdiely medzi pohlaviami, avšak respondenti s nižším sociálno-ekonomickým statusom mali viac pozitívnych stereotypov o starnutí. Stereotypy o starnutí v kontexte zdravia sa zdali byť skôr neutrálne, avšak s negatívnym podtónom (Correa-Beltrán, Giacaman, 2015).

## Ageizmus na pracovisku

Ageizmus sa výrazne prejavuje aj na pracovisku. Richardson (2013) skúmal povahu diskriminácie na základe veku voči starším uchádzačom o zamestnanie. Zistil pritom, že k diskriminácii na základe veku dochádza vplyvom priamej zaujatosti voči starším pracovníkom nad 54 rokov. Prostredníctvom modelu sprostredkovaných nepriamych účinkov vekovej diskriminácie bol v roku 2014 dokázaný signifikantný vzťah medzi vnímanou diskrimináciou na základe veku v kontexte kognitívnej a afektívnej identifikácie neskoršej pracovnej kariéry, určeného veku odchodu do dôchodku a pracovného zapojenia. Analýza potvrdila, že negatívny vzťah medzi vnímanou diskrimináciou na základe veku a pracovného uplatnenia bol najsilnejší vtedy, ak u respondentov bola prítomná vysoká kognitívna identifikácia a afektívna zložka postoja zostávala na normálnej alebo priemernej úrovni (Bayl-Smith, Griffin, 2014). Veková diskriminácia je bežná a objavuje sa vo všetkých odvetviach priemyslu a profesiách po celom svete. Spoločné nepochopenie starších pracovníkov pramení zo všeobecne rozšíreného názoru, že starší zamestnanci potrebujú častejšie prestávky, nemajú potrebnú technologickú znalosť, ale prejavuje sa u nich aj nedostatok energie a flexibility. Takéto postoje, očakávania a vnímanie starších jedincov nemajú miesto v modernej, znalostne orientovanej spoločnosti. Či už človek starý alebo mladý, malo by byť so všetkými ľuďmi zaobchádzané s rešpektom a dôstojnosťou. Odstránenie diskriminácie na základe veku na pracovisku spočíva v rukách manažérov a vedúcich pracovníkov. Po prvé, je potrebné zbúrať mýty o starobe a uvedomiť si silné stránky starších pracovníkov, ako je spoľahlivosť, zrelý úsudok, nedostatok impulzivity, včasnosť, silná pracovná etika a skúsenosti. Okrem toho samotná vláda hrá dôležitú úlohu pri presadzovaní zákonov týkajúcich sa diskriminácie na základe veku a preto by mala prijímať opatrenia na potrestanie tých, ktorí v súvislosti s diskrimináciou starších občanov konajú protizákonne (Pinal, Kleiner, 2005).

Veľká časť výskumov o vplyve veku na pracovisku pritom ignorovala rolu kontextových faktorov, ktoré určujú vekovú významnosť v rámci aspektu samotného členstva v skupine a to predovšetkým skupinového súťaženia. Aspekty členstva v skupine v kontexte samotného skupinového súťaženia sú pritom príznačné práve pre mladšie vekové kategórie (Justin, Fritzsche, 2015).

Kotter-Grühn (2015) tvrdí, že vo väčšine západných spoločností je ponímanie staroby a starnutia prevažne negatívne a táto negativita je často integrovaná do povedomia samotných starších dospelých už na samotnom pracovisku. Stratégiou, ako je zvýšenie povedomia o starobe, poskytovanie príležitostí pre deti a mladších dospelých komunikovať so staršími dospelými, ako aj

zmenou negatívneho zobrazovania starších dospelých v médiách, by sme mohli byť prispieť k zmene spoločenského pohľadu na starnutie. Predpokladá sa totiž, že u niektorých starších jedincov sa stereotypy môžu stať self-stereotypmi a tak meniace sa spoločenské pohľady na starnutie by mohli nakoniec viesť k pozitívnej zmene v pohľade starších dospelých na samotné vlastné starnutie (Kotter-Grühn, 2015). V roku 2000 bola zverejnená štúdia, ktorá skúmala vzťah ageizmu a sociálnej podpory na pracovisku. Účastníci výskumu, ktorí prezentovali nízke všeobecné uspokojenie z práce a nízku sociálnu podporu na pracovisku, vykazovali tiež vyššiu mieru úzkosti a depresie. Drvivá väčšina pripisovala tento jav práve ageizmu (Landrum, 2000).

## Ageizmus a zdravie seniora

Starnutie je prirodzený proces a aj napriek tomu sa ageizmus vyskytuje aj v nastavení zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

V roku 2014 bola zverejnená štúdia, v rámci ktorej sa skúmala zdravotná starostlivosť u starších pacientov a to v Nórsku. Všetci účastníci výskumu (sestry a lekári) uviedli, že zaobchádzanie so staršími pacientmi sa líši od zaobchádzania s mladšími pacientmi, pretože liečba starších pacientov má oveľa nižšie priority, ako liečba pacientov v nižších vekových skupinách. Tento jav bol pripisovaný rôznym predpisom, smerniciam a rozpočtovým obmedzeniam (Skirbekk, Nortvedt, 2014). Niektoré výskumy dokonca ukázali oneskorenie pri uspokojovaní potrieb starších ľudí, ktoré súviseli s ich zdravotným stavom, ale i stále sa rozširujúce mantinely fyzického a psychického týrania starších jedincov. U mnohých opatrovateľov dokonca prevláda presvedčenie, že potreby starších jedincov sú menej dôležité ako potreby mladých ľudí (Ward, 2000). Toto zistenie je zarážajúce a spájame ho s tým, že negatívny pohľad na starších ľudí, ktorý je v spoločnosti rozšírený, nie je bez následkov a tak sa čoraz častejšie môže objavovať aj v ošetrovateľskej praxi. Starší človek totiž veľmi citlivo vníma to, že je osobou, s ktorou je v interakcii vnímaný kvôli veku negatívne. Niektoré empirické štúdie dokonca ukazujú na okamžité účinky (v priebehu niekoľkých minút) na staršie osoby pri aktivácii (implicitných alebo explicitných) pozitívnych alebo negatívnych stereotypov. Existuje veľmi málo štúdií tohto špecifického kontextu, ale ich výsledky potvrdzujú silný negatívny dopad samotných ageistických stereotypov na zdravie seniorov a to predovšetkým v kontexte nástupu psychických ochorení (Schroyen, 2015). Takýto prístup v paradigme psycho-sociálneho pôsobenia na seniora, v žiadnom prípade neprispieva ku komplexnej rehabilitácii staršieho jedinca (Chasteen, Lindsey, 2015). Dôsledky diskriminácie na základe veku by preto mali byť určujúce pri generovaní programov pre rôzne vzdelávacie akcie v ošetrovateľskom manažmente, ktorý prichádza so starším jedincom do pravidelného styku v rámci zdravotnej starostlivosti (Kagan, Melendez-Torres, 2015). Negatívne dôsledky ageizmu totiž nie sú obmedzené iba na starších jedincov, majú tiež vplyv na postoje tých, ktorí sa o starších jedincov starajú. Tento vplyv, všeobecne vstupujúci do podvedomia zdravotníkov, je ovplyvnený predovšetkým všeobecne prijímanými negatívnymi postojmi samotnej spoločnosti voči veku. Takýto postoj je založený na stereotype, že starší ľudia majú rôzne sluchové problémy a znehodnotené kognitívne funkcie. Táto negatívna vízia starnutia s pejoratívnym postojom voči starším ľuďom nie je bez následkov pre samotných starších jedincov. V skutočnosti sú tak starší ľudia ešte viac bezmocnejší a majú nižšie

sebavedomie, čo sa následne podpisuje pod psychické zdravie seniorov (Schroyen, 2015). Diskusia o starnutí v kontexte duševného zdravia predpokladá, že ageizmus, ktorý môže byť rozšírený medzi poskytovateľmi zdravotníckych služieb môže mať za následok obmedzenie zdravotnej starostlivosti pre duševne chorých starších pacientov. Existuje prekvapivo málo empirických dôkazov o vekovej predpojatosti medzi poskytovateľmi psychickej starostlivosti o seniorov. Avšak určité dôkazy aj naznačujú, že ageizmus podnecuje diferenciáciu liečby starších dospelých a to predovšetkým v paradigmatickom modeli interakcií lekára a pacienta (Robb, Chen, Haley, 2012).

Vzhľadom na súčasnú proklamovanú kultúru krásy a mladosti je tak u starších jedincov sebahodnotenie spojené s nižšou telesnou úctou a to môže u týchto osôb vytvárať nie celkom optimálnu psychickú pohodu. Veková diskriminácia je tak jedným zo zdrojov psychologickéj úzkosti u starších jedincov a spájanie ageizmu s telesnou úctou, zdravím a psychickou pohodou sa viaže ku kultu tela a mladosti hlavne vo vyspelej európskej a americkej spoločnosti (Sabik, 2015). V tejto súvislosti uvádzame výsledky výskumu, v ktorom bol skúmaný vzťah medzi vnímanou vekovou diskrimináciou a psychickou pohodou. Medzi determinanty, ktoré psychickú pohodu ovplyvňujú zaradil sebavedomie, depresiu, úzkosť, psychický stres a životnú spokojnosť. Celkové výsledky podporujú myšlienku že vnímaná diskriminácia je základným predpokladom na vznik škodlivých fenoménov, ktoré psychickú pohodu zhoršujú (Schmitt, 2014). Hoci sa mylné predstavy o procese starnutia v posledných rokoch znížili, ageizmus má stále negatívny vplyv na zdravé starnutie. Stereotypy o starnutí totiž môžu mať explicitný vplyv na negatívne postoje seniorov voči sebe, čo môže viesť k následnému zhoršeniu duševného zdravia a k pocitom osamelosti (Grant, 1996). Výsledky viacnásobnej regresnej analýzy, ktorá bola uskutočnená na vzorke 954 dospelých osôb starších ako 60 rokov naznačujú vysoký nárast depresívnych symptómov u starších jedincov a to z toho dôvodu, že respondenti sa cítili príťažou pre rodinu (Xue, Lai, Guo, 2016). Jedným z možných vysvetlení je, že tieto účinky sú spojené s ich každodenným postojom k životu. U ľudí s negatívnym pohľadom na starnutie bolo menej pravdepodobné, aby sa zodpovedne správali (napr. zdravá strava, pomocné bezpečnostné pásy, zapájanie sa do fyzického cvičenia, minimalizovanie alkoholu alebo minimalizovanie spotreby tabaku, atď.). Výsledky výskumov v niektorých prípadoch dokonca ukázali, že vystavenie starších osôb negatívnym stereotypom, ktoré sú spojené so starobou, narušuje ich pamäťové schopnosti a vedie k pocitu, že ich pamäť je menej účinná. Negatívne stereotypy majú okrem toho medzi seniormi za následok pokles vôle žiť (Schroyen, 2015). Aj podľa Ondrejoviča (2015), „samovražedná ohrozenosť, suicidalita, unavenosť životom, dramaticky narastá v starobe. Početné výskumy dokazujú, že tu máme do činenia s relatívne najistejšími a najstabilnejšími výsledkami výskumov v oblasti samovrážd. Na počtoch dokonaných samovrážd sa podieľajú v rozhodujúcej miere starší muži. V porovnaní s celkovým počtom samovražedných pokusov (nedokonaných samovrážd) je ich počet vo vekovej skupine 85-ročných a starších už výrazne nižší. V súvislosti s gerontologicky orientovanými výskumami samovrážd sa uvádza, že v prípade samovražednej ohrozenosti starších ľudí ide o dlhodobé dozrievanie myšlienok na samovraždu (Ondrejovič, 2015). Mnohí odborníci sú toho názoru, že suicidalita staršieho jedinca súvisí alebo je v priamom kontexte naviazaná na chorobný stav, avšak Schmitz-Scherzer (1992) upozorňuje na to, že toto zovšeobecňovanie nie je správne a ani v starobe nespočíva suicidalita vždy na chorobných procesoch.

Prikláňajú sa k názoru, že ani psychické ochorenie alebo dokonca vážna duševná porucha nie je vždy postačujúca k vysvetleniu samovraždy staršieho človeka. Kolerátni samovrážd sú podľa Ondrejoviča (2015) predovšetkým determinanty, medzi ktoré radíme nielen výrazné finančné obmedzenia a biedu, ale aj samotu a izoláciu a práve preto nemôžeme prehliadať sociálne role a kultúrne a sociálne aspekty života seniorov. (www.nocka.sk/socialna-prevencia/bulletin-samovrazednost) A práve spomínané sociálne aspekty života seniorov sú často previazané s odmietaním staroby a ageistickými postojmi okolia, čo môže starších jedincov priviesť aj k myšlienke samovraždy.

V závere by sme chceli poukázať v rámci zdravotnej starostlivosti aj na starostlivosť o onkologických pacientov nad 65 rokov.

Čo sa týka onkologického ochorenia, tak rakovina je pritom hlavný zdravotný problém, ktorý je rozšírený u starších ľudí. Paradoxne, starší ľudia trpiaci rakovinou sú často vylúčení z klinických štúdií. Jedným z možných vysvetlení týchto pozorovaní je práve veková stigma (tj. stereotypy spojené s vekom a tým i ageizmom). Okrem toho môžu byť zdravotnícki pracovníci infikovaní ageizmom, odmietaním staroby, čo vedie následne k nežiaducim dôsledkom práve pre onkologických pacientov. Onkologické ochorenie je pritom v súčasnej dobe veľmi častým ochorením, v Európe bolo napr. v roku 2012 diagnostikovaných 3, 45 milióna nových prípadov rakoviny a 1, 75 milióna ľudí na túto chorobu v tom istom roku aj zomrelo. Je tak samozrejme ťažšie vypracovať konkrétne usmernenia pre liečbu starších pacientov, pričom je zrejme, že čo sa týka starnutia, existuje medzi ľuďmi určitá nerovnosť. Ide o rozdielne starnutie fyziologické alebo sociálne a takisto kognitívne zmeny sú individuálne. Z tohto pohľadu by mal byť prístup k staršiemu jedincovi počas liečby vždy individuálny. Liečba onkologického ochorenia pritom potrebuje iba nastavenie niektorých parametrov ináč, a to tak, aby vyhovovala práve staršej populácii (Schroyen, 2015).

Aj podľa Elizabeth Rohan (1995) sú starší pacienti s onkologickým ochorením ohrození pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti práve v dôsledku ageistických postojov. Autorka poukazuje na výskumnú štúdiu, ktorá zahrňovala 305 dospelých pacientov mladších ako 65 rokov a 197 pacientov vo veku 65 rokov a viac. Všetci pacienti dostávali služby v troch rovnakých ambulanciách pre liečbu onkologického ochorenia medzi 1. júnom 1990 a 3. májom 1991. Výsledky výskumu sú podľa autorky alarmujúce. Nielenže intenzita liečby onkologického ochorenia bola u mladších pacientov podstatne vyššia, preukázalo sa aj to, že sociálni pracovníci, ktorí pracovali v rámci onkologických poradní, vykazovali podstatne vyšší počet návštev u mladších pacientov, ako u pacientov vo veku nad 65 rokov. Pritom je zrejme, že starší pacienti sa nepotrebovali vyrovnáť iba so samotnou chorobou, ale aj s nastupujúcou starobou, čo znamenalo obrovskú záťaž pre ich psychiku (Rohan, 1995).

## Záver

Ageizmus predstavuje vekovú diskrimináciu, ide pritom o názor, ktorý vypovedá o nízkej hodnote a nekompetentnosti staroby. Tento názor sa prejavuje podceňovaním, ba až odmietaním staroby, ale i starnutia. Súčasťou profesionálneho prístupu zdravotníkov, ale i sociálnych pracovníkov k staršiemu jedincovi by mal byť pozitívny postoj k starobe, avšak súčasné výskumy naznačujú, že ageizmus si svoje miesto nachádza aj v tejto oblasti. Ageizmus a jeho vplyv na zdravie staršieho človeka môžeme vnímať v dvoch na seba naväzujúcich a ovplyvňujúcich sa paradigmatických modeloch. V prvom

prípade ide o stereotypné ageistické myslenie okolia, ktoré sa prejavuje v interakcii so seniorom. Starší človek, ktorý je citlivý a vnímavý na tieto negatívne postoje, preberá a osvojuje si stereotypné myslenie spojené s ageizmom, čo následne vedie k zhoršeniu jeho duševného stavu a sociálnej situácie. Druhú líniu predstavuje situácia, v ktorej sa zdravotnícky personál stotožní s ageistickými predsudkami a senior je poškodzovaný priamo na zdraví a to tým, že nedostáva adekvátnu liečbu a to práve pre vysoký vek. Nebezpečenstvo ageizmu a jeho vzostupu v spoločnosti je potrebné obmedziť na minimum, pretože akákoľvek diskriminácia vplýva na psychický vývoj jedinca negatívne a poškodzuje jeho zdravie.

#### Literatúra

1. Aronson, L. 2015. The human lifecycle's neglected stepchild. *The Lancet*. ISSN 1474-547X. 2015, Vol. 385, No. 9967, Pp. 500-501.
2. Bai, X., - WL Lai, D., - Guo, A. 2016. Ageism and depression: Perceptions of older people as a burden in China. *Journal of Social Issues*. ISSN 1540-4560. 2016, Vol. 72, No.1, Pp. 26-46.
3. Bayl-Smith, Piers H., - Griffin, B. 2014. Age discrimination in the workplace: identifying as a late-career worker and its relationship with engagement and intended retirement age. *Journal of Applied Social Psychology*. ISSN 1559-1816. 2014, Vol. 44, No. 9, Pp. 588-599.
4. Claire R., - Hongbin Ch., - E. Haley, W. E. 2002. Ageism in mental health and health care: A critical review. *Journal of Clinical Geropsychology*. ISSN 1573-3556. 2002, Vol. 8, No.1, Pp.1-12.
5. Forder, J. E. 2008. The Costs of Addressing Age Discrimination in Social Care (PSSRU Discussion Paper 2538). (2008).
6. Fritzsche, M., Fritzsche, J., Barbara., A. 2015. One size doesn't fit all Toward a theory on the intersectional salience of ageism at work. *Organizational Psychology Review*. ISSN 2041-3874. 2015, Vol. 5, No. 2, Pp. 168-188.
7. Genoe, M. R., - Whyte, C. 2015. Confronting ageism through therapeutic recreation practice. *Leisure/Loisir*. ISSN 1492-7713. 2015, Vol. 39, No. 2, Pp. 235-252.
8. Grant, L. D. 1996. Effects of ageism on individual and health care providers' responses to healthy aging. *Health & Social Work*. ISSN 1545-6854. 1996, Vol. 21, No. 1, Pp. 9-15.
9. Hrozenská, M. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi*. Martin: Osveta, 2008, 182 s. ISBN 978-80-80632-82-3.
10. Chasteen, A. L. - Cary, L. S. 2015. Age stereotypes and age stigma: connections to research on subjective aging. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. ISSN 10-08-26-19-64-97. 2015, Vol. 35, No. 1, Pp. 99-119.
11. Irving, P. 2015. Self-empowerment in Later Life as a Response to Ageism. *Generations*. ISSN 0738-7806. 2015, roč. 39, č. 1, s. 72.
12. Jirásková, V. 2005. *Medzigenerační porozumění a komunikace*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005, 198 s. ISBN 80-86861-80-5.
13. Kagan, Sarah, H. - Melendez ,Torres, G. J. 2015. Ageism in nursing. *Journal of nursing management*. ISSN 1365-2834. 2015, Vol. 23, No. 5, Pp. 644-650.
14. Kotter-Grun, D. 2015. Changing negative views of aging: Implications for intervention and translational research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. ISSN 0198-8794. 2015, Vol. 35, No. 1, Pp. 167-186.
15. Landrum, T., L. 2000. Major concerns of workers at three stages of life. Diss. *ProQuest Information & Learning*, 2000.
16. Miche, M., et al. 2015. The role of subjective aging within the changing ecologies of aging: perspectives for research and practice. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. ISSN 1492-7713. 2015, Vol. 35, No. 1, Pp. 211-245.
17. Pinal, S., - Kleiner, B. 2005. New developments concerning age discrimination in the workplace. *Equal Opportunities International*. ISSN 0261-0159. 2005, Vol. 24, No. 5/6, Pp. 15-23.
18. Richardson, B, et al. 2013. Age discrimination in the evaluation of job applicants. *Journal of Applied Social Psychology* ISSN 0021-9029. Vol. 43, No. 1. Pp. 35-44.
19. Rohan, E. A., et al. 1995. The geriatric oncology patient: Ageism in social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*. ISSN 1540-4048. 1995, Vol. 23, No. 1-2 Pp. 201-222.
20. Sabik, N. J. 2015. Ageism and body esteem: Associations with psychological well-being among late middle-aged African American and European American women. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. ISSN 1758-5368. 2015, Vol. 70, No. 2, Pp. 189-199.
21. Skirbekk, H. - Nortvedt, P. 2014. Inadequate treatment for elderly patients: Professional norms and tight budgets could cause "Ageism" in hospitals. *Health Care Analysis*. ISSN 1065-3058. 2014, Vol. 22, No. 2, Pp. 192-201.
22. Schmitt, M. T., et al. 2014. The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. ISSN 0033-2909. 2014, Vol. 140, No. 4, Pp. 921.
23. Schmitz-Scherzer, F. 1992. *Suizid im Alter*. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 1992. 121 s. ISBN 3-7985-0916.
24. Soraya, L. - Correa, Beltrán, G. - Giacaman, R. A. 2015. Negative ageing stereotypes in students and faculty members from three health science schools. *Gerodontology*. ISSN 1741-2358. 2015, Vol. 32, No. 2, Pp. 141-148.
25. Sýkorová, D. 2007. *Autonomie ve stáří*. Praha: SLON, 2007, 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
26. Šiklová, J. 2007. *Starí lidé nejsou parazité*. Praha. Elán plus, 2007, 137 s. ISBN 80-86878-52-X.
27. Tsuchiya, A. 2000. QALYs and ageism: philosophical theories and age weighting. *Health economics*. ISSN 1057-9230. Vol. 9, No. 1, Pp. 57-68.
28. Ward, D. 2000. Ageism and the abuse of older people in health and social care. *British Journal of Nursing*. ISSN 0966-0461. Vol. 9, No. 9, Pp. 560-563.

#### Internetové zdroje

1. Ondrejkovič, P. Samovražednosť ako sociálnopatologický jav [online]. [cit. 201524-10.] Dostupné na internete: [www.nocka.sk/socialna-prevencia/bulletin-samovrazednost](http://www.nocka.sk/socialna-prevencia/bulletin-samovrazednost).

#### Kontakt:

Mgr. Katarína KOTRADOVÁ, PhD.  
ul. Železničná 71  
053 61 Spišské Vlachy  
E-mail: [kkatarinay@gmail.com](mailto:kkatarinay@gmail.com)

## Psychosociálne aspekty onkologického ochorenia

### Psychosocial Aspects of Oncological Disease

Katarína Kotradyová, Silvia Václavíková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Teologická fakulta Košice, Teologický inštitút Spišské Podhradie

#### Súhrn

Autorky v článku poukazujú na psychické, sociálne a fyzické aspekty, ktoré sprevádzajú a zároveň ovplyvňujú onkologické ochorenie. Medzi najzávažnejšie faktory sprevádzajúce onkologické ochorenie radia depresiu, úzkosť, obmedzenú pohybovú schopnosť, stres a strach. V prehľadovej štúdii sú popísané niektoré výskumy, týkajúce sa psychosociálnych aspektov onkologických ochorení, ktoré boli realizované v USA a krajinách západnej Európy.

**Kľúčové slová:** Onkologické ochorenie. Onkologický pacient. Psychika. Faktory.

#### Summary

The authors of the article points to the psychological, social and physical aspects of supporting and simultaneously affect cancer. Among the most important factors accompanying oncologic diseases belong to depression, anxiety, and limited ability to move, stress and fear. In survey studies they describe some research concerning the psychosocial aspects that have been undertaken in the US and Western Europe.

**Key words:** Cancer. Cancer patient. Psyche. Factors.

#### Úvod

Za najväčšie hodnoty v živote človeka považujeme zdravie a život a práve ochorenie nám pripomína zraniteľnosť človeka a vyvoláva v nás obavy a strach. Ochorenie výrazne ovplyvňuje psychiku človeka v kontexte toho, že sa jedinec ocitá v novom sociálnom postavení - postavení pacienta, čo sa odzrkadľuje tým, že sa stáva citlivejším a psychicky labilnejším (Gulášová, 2009). **Onkologické ochorenie** alebo rakovina je termín používaný pre proces, v ktorom dochádza k abnormálnemu a nekontrolovateľnému deleniu buniek, ktoré dokážu napadnúť aj iné tkanivá. Bunky prostredníctvom krvi a lymfatického systému sa môžu šíriť na jednotlivé orgány a do celého tela. (National cancer institutiv, 2015) Podľa Tschuschke sa rakovinové bunky v tele človeka vyvíjajú neustále. Pri normálnom fungovaní nášho tela ich biele krvinky zlikvidujú skôr, ako prerastú v nádorové ochorenie. Autor pritom tvrdí, že rakovina vzniká trvalým potláčaním imunitného systému a jeho funkcií (Tschuschke, 2004). Prežitie pacientov s onkologickým ochorením sa zlepšilo v priebehu posledných 20 rokov a to predovšetkým vďaka pokrokom v diagnostike a cieľenej liečbe. Výsledkom je, že onkologické ochorenie je stále viac chápané ako chronické ochorenie, pričom približne 70% pacientov žije po dobu najmenej 5 rokov od diagnostikovania ochorenia. Podľa medzinárodných dátových zdrojov Globocan sa predpokladá, že roku 2030, bude diagnostikovaných viac ako 21 miliónov nových prípadov ročne po celom svete (Globocan, 2012). Tento fenomén predznačuje, že v najbližších rokoch vo vyspelých krajinách bude na onkologické ochorenia trpieť každý tretí človek, avšak na druhej strane sa predpokladá, že približne 45% pacientov, u ktorých bude diagnostikované onkologické ochorenie sa vylieči (Zacharová, 2011).

#### Faktory ovplyvňujúce život a zdravie onkologických pacientov

Súčasný životný trend si neustále vyžaduje podliehanie rôznym životným zmenám a zvratom. Ak vychádzame so

systémovej teórie, kde vnímame človeka ako celok, teda jeden živý organizmus alebo systém, musíme mať na zreteli, že je potrebné k pacientovi s onkologickým ochorením pristupovať na bio-psycho-sociálnej a spirituálnej úrovni, pretože okrem biologických sú nemenej dôležité aj psychické a sociálne aspekty života (Žiaková, 2015). S týmto tvrdením súhlasí aj Andrašiová (2007), ktorá upozorňuje na význam psychických a sociálnych faktorov, ktoré nepopierateľne podmieňujú vznik nádorových ochorení a sú predmetom viacerých výskumných oblastí, avšak pozornosť je smerovaná najmä na depresiu a úzkosť, pohybovú aktivitu, stres a strach z návratu onkologického ochorenia.

Psychoonkológiu, ktorá sa týmito aspektami zaoberá, považujeme za nový medziodborový interdisciplinárny odbor, ktorý spolupracuje s prírodovednými ale aj humanitnými vedami s dôrazom na psychosociálnu podmienenosť onkologických ochorení, a hľadaním vhodných spôsobov zvládania psychosociálnej záťaže (Tschuschke, 2004).

Psychosociálnu záťaž u onkologických pacientov zdraví jedinci pochopia iba veľmi ťažko. Záťaž u týchto pacientov Faller (1998) opisuje názorne a predstavuje ju v podobe telesných, psychických a sociálnych problémov, ktoré majú následne súvis s diagnostikou a liečbou onkologického ochorenia. Zahraničné štúdie dokumentujú pomerne vysoký výskyt psychosociálnych problémov u onkologických pacientov. Komorbilita psychického prežívania u týchto pacientov je ovplyvňovaná vekom, psychiatrickými ochoreniami, stresom, neadaptívnym prijatím onkologického ochorenia, pesimizmom a vyhýbavým štýlom zvládania onkologického ochorenia. V sociálnej oblasti sa jedná o problémy vo vzťahoch, nedostatok koníčkov, záujmov a sociálnej opory. V liečebnej oblasti môže ísť o nedostatočnú liečbu bolesti, záchvatové ochorenia, fyzické deformity a iné somatické prejavy v kontexte diagnózy (Knight, 2004). Metastázy centrálného nervového systému môžu negatívne ovplyvňovať psychické stavy, hormóny a metabolické stavy. Je dokázané, že prevalencia psychiatrických porúch u onkologických pacientov



je vyššia ako u bežnej populácie, diagnostikovaná je dokonca až u 40-60 % onkologických pacientov (Derogatis, 1983). Prevažujúcim stavom v ktorejkoľvek fáze onkologického ochorenia je úzkosť 37 %, skleslosť 29 %, depresia a úzkostné poruchy 40-50 % a postraumatická stresová porucha až u 40-50 % pacientov s onkologickým ochorením (Grassi, 2007). Osobitnou kategóriou komorbidity je terminálne štádium ochorenia, kde je potrebné rozlišovať u pacientov s onkologickým ochorením stres od klinickej depresie, pričom v tomto štádiu depresiou trpí až 77 % pacientov (Block, 2000).

## Depresia a úzkosť pri prežívaní onkologického ochorenia

Veľmi dôležitým faktorom úspešného vyliečenia onkologického ochorenia je dobrý psychický stav a pohoda človeka. Psychika vo veľkej miere ovplyvňuje atribúty vnútorných procesov subsumujúcich trávenie, imunitný systém, či energiu. Diagnostikovaním onkologického ochorenia vo všeobecnosti dochádza k psychickým zmenám u pacientov, objavuje sa: precitlivosť, strach, obavy, deprimovanosť, pocit menejcennosti, znehodnocovania, či narušenie medziľudských vzťahov (Gulášová, 2009). Môže však ísť aj o nechutenstvo, stratu telesnej hmotnosti, nedostatočný spánok, či stratu sexuálneho pudu (Angelovičová, Máthéová, 2012). Preto klient s onkologickým ochorením, by sa mal vyvarovať stavom úzkosti či iným negatívnym vplyvom vedúcim k dlhodobým poruchám nálady. Onkologické ochorenie v súčasnosti už nie je považované za smrteľnú chorobu, ale aj napriek tomu človeka konfrontuje s myšlienkou smrti (Andrášiová, 2007). Paralelne je onkologické ochorenie veľmi dobre preskúmané a v prípade použitia správnych prostriedkov liečiteľné s vyše 95 % úspešnosťou (Tschuschke, 2004).

Jedným z významných výskumov, ktorý bol zrealizovaný v danej problematike je systematická prehľadová štúdia z roku 2013 z USA. Cieľom štúdie bolo zistiť, ktoré faktory ovplyvňujú dlhodobé riziko porúch nálady. Prvotnú vzorku tvorilo 144 respondentov, a z nich následne bolo 43 respondentov vybraných do hlavnej analýzy. V rámci výskumu bola použitá metóda metaanalýzy, z ktorej boli extrahované primárne dáta týkajúce sa hodnotenia **depresie a úzkosti** u manželských párov, z ktorých jeden partner - manželka - trpí onkologickým ochorením, pričom na preventívne prehliadky chodia spolu. Tento výskum prebiehal dva roky a zistilo sa v ňom, že 16 respondentiek s onkologickým ochorením trpelo kombinovanými poruchami depresie aj úzkosti, 15 respondentov - manželov - bez onkologického ochorenia trpelo poruchami depresie a úzkosti takisto, 12 respondentiek s onkologickým ochorením malo ťažkú poruchu depresie a 5 respondentiek s onkologickým ochorením vykazovalo poruchu úzkosti. Zistilo sa, že ani prevalencia depresie, ani prevalencia úzkosti sa významne nelíšila v porovnaní s ich partnermi. Autori štúdie odporúčajú v rámci zistených údajov vyvinúť úsilie s cieľom zlepšiť rozpoznávanie a liečbu úzkosti u žien s dlhodobým onkologickým ochorením, v kontexte zamerania pozornosti aj na ich partnerov (Mitchell, 2013).

## Funkčné poruchy onkologického ochorenia

Pri onkologickom ochorení sú psychosociálne faktory súčasťou komplexného funkčného postihnutia (Kubincová, 2011). Biologické potreby každého človeka sú individuálne a individuálne ovplyvňujú kvantitu pohybovej aktivity, pretože

približne polovica pacientov trpí silnými bolesťami kostí, ktoré sú príznakom metastáz a tie sú prepojené so signifikantnou morbiditou, pri ktorej sa bolesť stáva neúnosnou aj napriek podávaniu analgetík a opiátov. V popredí sú aj symptómy, ktoré svedčia o progresii ochorenia a komplikujú liečbu onkologického ochorenia (Dvořáček, 2005). Vplyv psychického stavu pacienta na jeho **pohybovú aktivitu** je často závažným problémom u pacientov s onkologickým ochorením počas, ale aj po ukončení procesu onkologickej liečby. V tomto kontexte môžeme spomenúť jednu staršiu štúdiu, v ktorej sa autor domnieva, že je možné znížiť psychickú a fyzickú únavu aktivitami tréningu v tejto skupine pacientov, cyklistickým cvičebným programom na ergometri v polohe na chrbte po dobu 30 minút, v spojitosti s aeróbnym dýchaním (Dimeo, Fernando, 1999). Podľa Grúna (2009) depresívni ľudia cítia zábrany a obmedzovanie pohybu, ich končatiny sú ťažké ako „olovo“ a jedinci sa často prejavujú strnulým pohľadom, pričom spomalený pohyb je prvým a viditeľným príznakom depresie. V období diagnostikovania onkologického ochorenia je potrebné zorientovať sa vo veľkom množstve informácie, ako aj urobiť nezvratné rozhodnutie, čo vedie pacientov s depresiou k pocitom zlyhávania, seba podceňovania alebo k ospravedlňovaniu sa druhým za to, že im sťažujú život (Grün, 2009). V paradigme vyššie uvedeného, do pozornosti dávame štúdiu amerických vedcov, ktorých cieľom bolo objektívne popísať úroveň fyzickej aktivity za pomoci využitia akcelerometra, ktorý respondentky mali na sebe 4 dni a kontrolu stavu hmotnosti meranej indexom telesnej hmotnosti (normálnu váhu, nadváhu a obezitu). Pre účely tejto štúdie bolo vybraných dvadsať tisíc žien, ktoré úradu národného zdravia a výživy príslušnej krajiny poskytli údaje za obdobie rokov 2003 - 2006. Do samotnej analýzy štúdie však bolo za podmienok, ktoré si výskumníci stanovili, vybraných následne 132 respondentiek (pre zaradenie do štúdie boli vybrané iba pre niektoré druhy onkologického ochorenia). Výsledky štúdie ukazujú, že 13 % žien s normálnou váhou vykazovali dostatočnú aktivitu. Respondentky s nadváhou, ktoré tvorili 40% z výskumnej vzorky vykazovali uspokojujúce výsledky, avšak obežne respondentky v pomere 47 % mali menej ako uspokojivé výsledky. V závere štúdie sa uvádza, že pravidelnou fyzickou aktivitou môžeme znížiť riziko vzniku recidívy onkologického ochorenia, nakoľko bolo dokázané, že u obežných ľudí dochádza častejšie k recidíve, a preto je dôležité porozumieť zákonitostiam pohybovej aktivity v paradigme recidívy onkologického ochorenia (Loprinzi, 2013).

## MBSR metóda na zníženie stresu na základe všímavosti onkologických pacientov

Rezultujúc psychosociálny kontext významných faktorov, ktoré ovplyvňujú priebeh a liečbu onkologického ochorenia zvlášť dávame do pozornosti **stres**. Univerzitný profesor Krivohlavý(1994), ktorý je považovaný za popredného predstaviteľa psychológie zdravia, **pod stresom** rozumie vnútorný stav človeka, ktorý je niečím priamo ohrozený, alebo očakáva ohrozenie, pričom sa domnieva, že jeho ochrana voči nepriaznivým vplyvom nie je dostatočná. Froněk (1999) pod slovom stres rozumie tlak, namáhanie, dôraz, záťaž, alebo napätie, ktoré nepriaznivo pôsobí na telo, ale aj ako silu či problém. V psychologických dimenziách chápeme stres ako stav vyvolaný pôsobením podnetov v nadmernom množstve, dlhšiu dobu a pričom sa môže jednať aj o stav deprivácie

(Vymětal, 2004). Stres delíme na: stres z okolia (preľudnenie, hluk, znečistenie), stres z vlastného tela (komorbidita, prepätie organizmu, zranenie), ale aj stres z vlastnej mysle (negatívne úvahy, myslenie, predstavivosť). Podľa toho ako na nás stres pôsobí a dopadá ho ďalej delíme na: pozitívny tzv. eustres a negatívny teda distress (Schreiber, 1992). Negatívny stres (distress) je označovaný ako nepríjemná skúsenosť a to na emocionálnej, psychickej, sociálnej a spirituálnej úrovni, čo ovplyvňuje schopnosť zvládania liečby v negatívnom slova zmysle, pretože distress existuje v časovej postupnosti. Stresová situácia počas onkologickej liečby pacienta sa spravidla delí na tri fázy: s podozrením na onkologické ochorenie nastupuje prvý stres, druhá fáza prebieha v čase vyjasňovania diagnózy, vyšetrení a prípravy na operáciu, táto fáza je najťažším a najťažujúcejším stresovým momentom a poslednou fázou je samotný zákrok, ale aj obdobie po ňom (Angelovičová, Mátheová, 2012).

V posledných rokoch hlavne v zahraničných krajinách dochádza k rastúcemu záujmu venovať pozornosť pomoci onkologickým pacientom smerovanej k zlepšeniu ich fyzického a duševného zdravia. Inými slovami pozornosť je zameraná na zvyšovanie povedomia o zvládaní stresu a záťažových situácií onkologických pacientov, prostredníctvom metódy MBSR<sup>2</sup>-psycho-vzdelávacieho školenia pre pacientov s chronickou bolesťou a dlhotrvajúcim stresom (Kabat-Zinn, 1998). Program sa zvyčajne vykonáva po dobu 8 týždňov v časovom rozsahu 2,5 hodiny denne, pričom jeden deň v týždni sa vynecháva. Účastníci programu dostanú CD nosič s pokynmi pre domácu prax, ktorú aplikujú vo svojom prirodzenom prostredí 6 dní v týždni. Hlavné zložky programu tvoria dýchanie, meditácia, meditácia v chôdzi s dôrazom na správny pohyb tela a psychovzdelávanie, čím sa účastníci programu naučia spôsobom: ovládania emócií, vnímania nálad, myšlienok, telesných citov a vnímania sveta okolo seba. Každá relácia obsahuje poučenie o strese vrátane informácií o fyziológii stresu, stresovej reakcii, účinkoch a dopadoch stresu na onkologických pacientov, ktorí sa takto naučia redukcii stresu na báze sekulárnej meditácie, čo považujeme za prínos pre psychické prežívanie a celkovú liečbu pri onkologickom ochorení (Grossman, 2004).

V zahraničnej štúdií (Zainal, 2013), ktorá bola zameraná na overenie metódy na zníženie stresu na základe všímvosti (ďalej len MBSR) bolo cieľom súhrne zmerať psychologické pôsobenie MBSR metódy na stres, depresiu a úzkosť u žien s rakovinou prsníka v štátoch USA a Kanady. Metódou, ktorú autori použili pri vypracovaní štúdie bolo prieskumné konanie za pomoci rozsiahleho systematického elektronického prehľadu, ktoré bolo následne ručne prehľadávané za obdobie od 15. októbra 2011 do 30. novembra 2011, pričom autori ako kľúčové slová použili „znižovanie stresu na základe všímvosti“ a „rakovina prsníka“. Kritériom pre zaradenie do štúdie bolo použitie MBSR u pacientiek s rakovinou prsníka a dopad na ich duševné zdravie, preto zo všetkých štúdií, ktoré tieto kritéria spĺňali boli extrahované informácie týkajúce sa základných charakteristík. Prípady, v ktorých sa jednalo o zmiešaných účastníkov s iným druhom onkologického ochorenia, než karcinóm prsníka, boli zo štúdie vylúčené. Účastníčky štúdie boli ženy trpiace rakovinou prsníka s priemerným vekom od 45,4 do 61,5 roku života s celkovým počtom 163 osôb. Najmenej dve tretiny účastníkov malo stredoškolské vzdelanie a viac ako 90% boli

<sup>2</sup> MBSR- metóda vyvinutá v roku 1979 profesorom Jon Kabat-Zinn a kolegami na zníženie stresu na základe všímvosti

kliniky Lekárskej univerzity v Massachusetts.

belošky. Väčšina respondentiek zapojených do výskumu mala ukončenú onkologickú liečbu, a všetky respondentky používali metódu programu MBSR štandardne 8 týždňov. Výsledky štúdie potvrdzujú, že efekt pôsobenia MBSR metódy na základe vnímania stresu bol 0,710 (0,511-0,909), na depresiu 0,575(0,429-0,722 ) a úzkosť 0,733 (0,450-1,017). Táto metóda má vo veľkej miere významný vplyv na zlepšenie duševného zdravia u pacientiek s rakovinou prsníka a preto odborníci odporúčajú integrovať tento program a jeho aplikáciu ako súčasť komplexnej liečby pri onkologickom ochorení (Zainal, 2013).

## Faktory ovplyvňujúce strach z relapsu onkologického ochorenia

Diagnostikovanie onkologického ochorenia bez ohľadu na pohlavie, či vek pacienta vyvoláva pocity straty, bezmocnosti, zraniteľnosti, starosti o budúcnosť, či hrozby a strachu z recidívy onkologického ochorenia, čo vyvoláva v pacientoch rôzne reakcie ako je dysfunkčné správanie, neschopnosť plánovať si budúcnosť, ale i apatiu (Hart SL, 2008). Domnievame sa, že určitá hladina strachu stimuluje pacienta k reálnejšiemu pohľadu na jeho stav, avšak na strane druhej, nadmerný strach paralyzuje pacienta, strach sa stáva pre neho neznesiteľným a vtedy môžu byť jeho spúšťače potláčané (Džuka, 2005). Strach z návratu ochorenia je v pomere k strachu z diagnostikovania ochorenia ako takého, približne na rovnakej úrovni, pretože pacient si uvedomuje, že hrozba návratu ochorenia je pravdepodobnejšia a často podložená (Fox, 1995). V Americkej štúdií (Crist, 2013), ktorej cieľom bol systematický prehľad identifikovania kľúčových faktorov spojených so strachom z recidívy u pacientov s akýmkoľvek druhom onkologického ochorenia sa uvádza skúsenosť prežívania aplikáciou FCR (liečba chemoimunoterapiou) onkologickej liečby ako vysoko perzistentná, s vyšším predpokladom relapsu ochorenia. Pri tejto štúdií boli použité tri metódy pre lepšiu identifikáciu premenných faktorov. Rešerš bola vykonaná za použitia troch elektronických databáz v približne rovnakých časových intervaloch: Medline (od roku 1948 do augusta 2011), PsychINFO (od roku 1986 do augusta 2011) a EMBASE (od roku 1980 do augusta 2011). Kritéria pre zaradenie do štúdie boli nasledovné: dospelý jedinec s akýmkoľvek druhom onkologického ochorenia, články písané v angličtine, v ktorých boli použité kvantitatívne metódy z empirických poznatkov a správy o faktoch spojených s FCR liečbou. Zo štúdie boli vylúčené príspevky publikované v konferenčných zborníkoch. Z každej štúdie boli identifikované údaje ako sú: autor, rok vydania, demografické údaje, veľkosť vzorky, vek, etnický pôvod, typ onkologického ochorenia a miera FCR. Podľa týchto kritérií bolo do hodnotenia zaradených 43 štúdií z toho 22 štúdií boli zameraných na rakovinu prsníka, 5 na rakovinu prostaty a semenníkov, 5 na rakovinu hlavy a krku, jedna na gynekologické nádory, jedna na hematoonkologické ochorenia, jedna na kolorektálny karcinóm, jedna na karcinóm obličiek, jedna na Barrettovú neopláziu a šesť štúdií sa vzťahovalo na akýkoľvek druh onkologického ochorenia. U 65 % respondentov sa zistili častejšie prejavy úzkosti a depresie, u 22 % žien s rakovinou prsníka sa preukázali významné emočné ťažkosti s ohľadom na recidívu alebo šírenie ochorenia definované ako strach a obavy. Ďalšie faktory boli mierne spojené so zvýšenou mierou FCR liečby pričom prevládal nízky optimizmus, stres a ostatné menej významné faktory. Nekonzistentný dôkaz bol zistený aj pri socio-demografických faktoroch. V závere štúdie

sa uvádza, že je potrebné zrealizovať ďalší výskum na objasnenie nezrovnalosti nakoľko vo viacerých štúdiách autori nachádzajú rozporuplné dôkazy o miere a aplikácii FCR v kontexte so strachom z recidívy, nakoľko tento problém považujú za veľmi zložitú otázku, ktorá ovplyvňuje množstvo faktorov vrátane demografických, klinických, ale aj psychologických (Crist, 2013).

## Záver

Výskyt psychosociálnych problémov je podľa Fallowfielda (2001) až u 25-50 % pacientov, u ktorých bolo diagnostikované onkologické ochorenie. Maguire (2000) pritom konštatuje až jednotretinový výskyt depresie, alebo adaptačných problémov u pacientov po diagnostikovaní onkologického ochorenia. Reprezentatívna štúdia anglických autorov Allgarovej, Neala a Pascoea však uvádza, že iba 4 % pacientov s onkologickým ochorením „priznáva“, že trpí dlhodobou duševnou chorobou a to depresiou (Allgarova, 2003).

Ako sme uviedli v úvode, život a zdravie sa právom zaraďujú medzi základné a najvýznamnejšie hodnoty v živote človeka, ktoré pri diagnostikovaní onkologického ochorenia sú samotným pacientom prehodnocované. Onkologické ochorenia sú závažným problémom nie iba z medicínskeho hľadiska, ale aj z hľadiska spoločenského, pretože na vznik, priebeh a prežívanie onkologického ochorenia vplyva celý rad biologických, psychických a sociálnych faktorov. Rizikové faktory, ktoré ovplyvňujú psychiku človeka zohrávajú veľmi dôležitú úlohu, preto je potrebné zdôrazniť túto stresujúcu záťaž, ktorá môže vyvolať u pacienta malaadaptívne psychické reakcie prejavujúce sa úzkostnými prejavmi, depresiou, stresom a strachom z návratu ochorenia, či neschopnosťou zvládnuť onkologické ochorenie. Pacient pritom podlieha negatívnym myšlienkam a je konfrontovaný s myšlienkou smrti. V štátoch severnej Ameriky je tento stav riešený za pomoci využitia MBSR metódy na zníženie stresu na základe všímavosti onkologických pacientov. Aj napriek tomu, že v prezentovaných štúdiách sa potvrdil vplyv tejto metódy na zlepšenie duševného zdravia u pacientiek s rakovinou prsníka a odborníci odporúčajú integrovať tento program a jeho aplikáciu, ako súčasť komplexnej liečby pri onkologickom ochorení, v mnohých krajinách to tak nie je, nevynímajúc SR.

Sociálne faktory pri tejto problematike nevnímame ako nemej dôležité, pretože v priebehu onkologického ochorenia dochádza v sociálnej situácii onkologického pacienta k sociálnym zmenám, pričom sa menia jeho potreby, sociálne prostredie, sociálne postavenie, či spoločenský status. V kriticknej situácii často dochádza aj k pocitu osamelosti, kedy sa uzatvára do seba a izoluje sa od najbližšieho okolia a spoločnosti (Křivohlavý, 2002). V priebehu liečby onkologického ochorenia dochádza aj k funkčným poruchám a recidíve v dôsledku progresie (metastázy) ochorenia a to aj v dôsledku telesnej hmotnosti (obezity), čo potvrdzujú výsledky štúdie, kde sa uvádza, že pravidelná fyzická aktivita môže znížiť riziko recidívy, nakoľko bolo dokázané, že u obéznych ľudí dochádza k návratu ochorenia častejšie. Najsilnejším bojovníkom proti strachu je osвета, prevencia a včasná diagnostika onkologického ochorenia, ktorá výrazne zvyšuje šance na samotné vyliečenie onkologického ochorenia.

## Literatúra:

1. Allgar, V. L., Neal, R. D., Pascoe, S. W. 2007. Cancer patients consultation patterns in primary care and levels of psychological morbidity: Findings from the Health Survey for England. In: *Psycho-Oncology*. ISSN 1099-1611. 2003, Vol. 12, No. 7, Pp. 736-740.
2. Andrášiová, M. 2007. Psychologické minimum o psychickom prežívaní onkologického pacienta. In: *Via practica*. ISSN 1339-4790. 2007, Vol. 4, No. S2, Pp. 42-46.
3. Angelovičová, K., Máthéová, E. 2012. Špecifiká psychického prežívania u pacienta s diagnózou nádorového ochorenia na klinike urológie. In Chalupová, M – Ištoňová, M – Judičáková, M. *Súčinnosť podporných profesií pri starostlivosti o pacienta/klienta*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, 2012. ISBN 978-80-555-0512-1. s. 94-101.
4. Block S,D. 2000. Assessing and Managing Depression in the Terminally Ill Patient. In: *Annals of Internal Medicine*. ISSN 0003-4819. 2000; Vol. 132, Pp. 209-218.
5. Jade, V, Grunfeld, A, E. 2013. Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. In: *Psycho-Oncology*. ISSN 1099-1611. (2013), Vol. 22, No. 5, Pp. 978-986.
6. Derogatis L.R, Morrow G.R, Fetting J, Pentan D, Piasefsky S, Schmale A.M, et al. 1983. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; Vol. 249, Pp. 751-757.
7. Dimeo, F, C., et al. 1999. Effects of physical activity on the fatigue and psychologic status of cancer patients during chemotherapy. In: *Cancer* . ISSN 1097-014. (1999), Vol. 85, No. 10, Pp. 2273-2277.
8. Dvořáček, J., Babjuk, M. et al. 2005. *Onkourologie*. Praha : vyd. Galén, 2005, 384 s. ISBN 80-7262-349-4.
9. Džuka, J. 2005. *Motivácia a emócie človeka*, Prešov FF PU: Prešov, 2005, ISBN 80-8068-324-7.
10. Faller, H. 1998. Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie 1998. In: Tschuschke, *Psychoonkologie*. Praha : nakladatelství Portál, 2004, 215 s. ISBN 80-7178-826-0.
11. Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., Saul, J. 2001. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. In: *British Journal of Cancer*. ISSN 0007-0920, 2001, Vol. 84, Pp. 1011-1015.
12. Fox, B. H. 1995. The role of Psychological Factors in Cancer Incidence and Prognosis. In: *Oncology*. ISSN 1569-8041. Vol. 9, No. 3, Pp. 32-33
13. Fronek, J. 2002. Anglicko-český, česko-anglický slovník. Praha: LEDA, 2002, 1523 s. ISBN 978-80-7335-114-4.
14. Globocan. Základné údaje [online]. [cit. 2016-03-13]. Dostupné na internete: < <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>>.
15. Grassi L, Biancosino B, Marmai L, Rossi E, Sabato S. 2007. Psychological Factors Affecting Oncology Conditions. In: Porcelli P, Sonino N. eds. *Psychological Factors Affecting Medical Conditions. A New Classification for DSM* – V. Basel: Karger. ISSN 0065-3268. 2007, Pp. 57-72.
16. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. 2004. Mindfulness-based stress reduction and health benefits.

- A meta-analysis. In: *J Psychosom Res.* ISSN 0022-3999. 2004; Vol. 57, No. 1, Pp. 35–43.
17. Hart SL, Latini DM, Cowan JE, et al. 2008. Fear of recurrence, treatment satisfaction and quality of life after radical prostatectomy for prostate cancer. In: *Support Care Cancer*. ISSN 1433-7339, 2008; Vol. 16, Pp. 161–169.
  18. Grün, A. 2009. *Deprese jako šance. Spirituální impulzy*. Praha : Portál, 2009, 136 s. ISBN 978-80-7367-608-7.
  19. Gulášová, I. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. 2009. 97 s. ISBN 978-80-8063-305-9.
  20. Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T et al. 1998. Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). In: *Psychosom Med.* ISSN 0065-3268. 1998; Vol. 60, No. 5, Pp. 625–632.
  21. Knight S. J. 2004. Oncology and Hematology. In: Camic P, Knight SJ. eds. In: *Clinical handbook of health psychology*. Cambridge: Hogrefe & Huber. ISBN 978-1-59147-091-5, 2004: 233–261.
  22. Křivohlavý, J. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
  23. Křivohlavý, J. *Psychologie nemocí*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
  24. Kubincová, A — Takáč, P. — Chylová, M, et al. 2011. Poruchy funkcií, depresia a kvalita života u pacientiek s karcinómom prsníka. In: *Československá psychologie*, ISSN 0009-062X. 2011, roč. 55, č. 3, s. 257-268.
  25. Loprinzi, Paul D., HyoLee, and Bradley J. Cardinal. 2013. Objectively measured physical activity among US cancer survivors: considerations by weightstatus. In: *Journal of Cancer Survivorship*. ISSN 1932-2267, 7.3 (2013): 493-499.
  26. Maguire, P. 2000. Managing psychological morbidity in cancer patients. In: *European Journal of Cancer*. ISSN 0959-8049, 2000, Vol. 36, Pp. 556-558.
  27. Mitchell, Alex J., et al. 2013. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. In: *The Lancet Oncology*. ISSN 1470-2045. 1474-5488, (2013): Vol. 14, No. 8, Pp. 721-732.
  28. National cancer institutive: *Onkologické ochorenie*. [online]. [cit. 2016-03-13]. Dostupné na internete: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-scancer>>.
  29. Schreiber, V. 1992. *Lidský stres*. Praha: Academia. 1992, 105 s. ISBN 80-200-0240-5.
  30. Tschuschke, V. 2004. *Psychoonkologie*. Praha : Portál, 2004, 216 s. ISBN 80-7178-826-0.
  31. Výmětal, J. 2004. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada, 2004, 340 s. ISBN 978-80-247-0723-5.
  32. Zacharová, E. 2011. *Psychosociální aspekty při ošetrování onkologického pacienta*. Praha: Sestra. 2011, roč. 21, č. 5. ISSN 1210-0404.
  33. Zainal, Nor Zuraida, SaraBooth, and Felicia A. Huppert. 2013. The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis. In: *Psycho-Oncology*. ISSN 1099-1611. (2013), Vol. 22, No. 7, Pp. 1457-1465.
  34. Žiaková, E. 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov: Akcent Print, 2005, 232 s. ISBN 80-969274-2-6.

## Kontakt:

Mgr. Katarína KOTRADYOVÁ, PhD.  
 ul. Železničná 71  
 053 61 Spišské Vlaky  
 E-mail: [kkatarinay@gmail.com](mailto:kkatarinay@gmail.com)

## Problematyka adaptacji do choroby nowotworowej

### Problems of Adaptation to Cancer

Barbara Lelonek, Grażyna Wiraszka

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

#### Streszczenie

Każda choroba, a zwłaszcza choroba nowotworowa traktowana jako nieuleczalna stwarza problemy z przystosowaniem. W obliczu zagrożenia zdrowia człowiek posługuje się różnorodnymi mechanizmami adaptacyjnymi, które pomagają mu w przywróceniu równowagi psychicznej. Przystosowanie do choroby może przybierać różne formy, traktowane jako strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową. Celem pracy było ukazanie złożonej problematyki adaptacji do choroby nowotworowej. W pracy zastosowano metodę analizy piśmiennictwa z zakresu problematyki adaptacji w psychologii oraz w chorobie nowotworowej.

Wnioski: Adaptacja w chorobie o niepomyślnej prognozie sprzyja optymalnemu funkcjonowaniu w sytuacji stresu i wymaga aktywności poznawczej chorego prowadzącej do zaakceptowania swojej choroby oraz siebie w roli chorego.

**Słowa kluczowe:** Adaptacja. Choroba nowotworowa.

#### Summary

Every illness, and especially cancer, treated as incurable, creates problems of adaptation. In the face of health risks, people use a variety of adaptive mechanisms that help them to restore their mental balance. Adaptation to disease can take different forms, treated as strategies to deal with cancer. The aim of the paper was to present the complex problem of adaptation to cancer. The paper uses the method of literature analysis in the field of adaptation in psychology and in cancer.

Conclusions: Adaptation in a disease with unpredictable predisposition promotes optimum functioning in a stressful situation and requires cognitive activity of a patient leading to the acceptance of his or her disease and himself as a sick person.

**Key words:** Adaptation. Cancer.

#### Wprowadzenie

Postęp jaki dokonał się w ostatnich latach w onkologii, poprawił znacznie rokowanie i wydłużył czas przeżycia chorych z różnymi postaciami nowotworów. Choć często chorzy mogą nie zostać wyleczeni, to jednak mogą żyć dłużej. Ujemną stroną jest to, że chorzy muszą radzić sobie z uporczywymi działaniami niepożądanymi leków, ciągłymi zaburzeniami jakości życia, stresującą niepewnością, co do przyszłości i strachem przed śmiercią.

Sytuacja taka skłania przede wszystkim do zastanowienia się nad problematyką przystosowania do choroby nowotworowej. Akceptacja roli chorego to proces zmian, którego celem jest przywrócenie równowagi funkcjonalnej, emocjonalnej jak również poczucia kontroli nad własnym życiem [1]. Akceptacja choroby stwarza poczucie bezpieczeństwa, oraz zmniejsza nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego [2]. Współczesne działania medycyny powinny koncentrować się zatem nie tylko wokół przedłużania życia biologicznego, ale także na aspekcie psychologicznym mającym na celu zapewnienie jak najlepszej jakości życia.

Celem pracy było przedstawienie złożonej problematyki adaptacji w chorobie w tym psychologicznych mechanizmów obronnych i strategii jakimi w obliczu zagrożenia posługuje się człowiek.

#### Material i metoda

W pracy zastosowano metodę analizy piśmiennictwa z zakresu problematyki adaptacji w psychologii oraz w chorobie

nowotworowej. Analizie opisowej poddano informacje na temat definicji i mechanizmów przystosowania oraz mechanizmów obronnych, jakimi posługuje się człowiek w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia.

W prezentowanym materiale przedstawiono także różne strategie stosowane przez chorych w zmaganiu się z chorobą nowotworową.

#### Wyniki

Definicje i mechanizmy przystosowania

W potocznym znaczeniu termin adaptacja określa przystosowanie, proces dostosowywania się osobnika czy populacji do środowiska, sprzyjający przetrwaniu. Adaptacja to zachowania, które umożliwiają optymalne funkcjonowanie [3]. Przewodnik Encyklopedyczny dla Pielęgniarek definiuje adaptację, jako „...przystosowanie, sposób reagowania na zmiany środowiska zewnętrznego w celu zachowania stałości środowiska wewnętrznego, homeostazy” [4]. Fizjologia pod pojęciem adaptacji rozumie reakcję przystosowawczą (adiustacyjną) organizmu, czy jego układów, narządów, tkanek, jako odpowiedź na zmiany zachodzące w środowisku i wewnątrz organizmu. Zadaniem adaptacji fizjologicznej jest przeciwdziałanie i lepsze znoszenie efektów zakłócających homeostazę [5]. Psychologia definiuje adaptację, jako zachowanie równowagi między organizmem a środowiskiem, jako wynik funkcjonowania inteligencji [za: 6].

Adaptacja jest procesem, lub rezultatem procesu, któremu podlega psychika człowieka w dążeniu do osiągnięcia stanu równowagi pomiędzy potrzebami psychicznymi, a wymogami życiowymi [7]. Rozpatrywanie adaptacji w kategorii zadaniowej,

zdaniem de Walden-Gałuszko, wskazuje na dwa cele adaptacji [8, 9, 10, 11]: poradzenie sobie z problemem choroby, poradzenie sobie ze zmianami życia wywołanymi przez chorobę.

Moos i Tsu [za: 12, 13] i Moos i Schafer [za: 13] w ramach celów adaptacyjnych, w przypadku choroby somatycznej, wyodrębnili dwie grupy: odnoszące się do samej choroby oraz mające charakter bardziej ogólny. Do celów dotyczących bezpośrednio choroby zaliczają adaptację do nieprzyjemnych zmian będących następstwem choroby: przezwyciężenie bólu oraz niedogodności i ograniczeń związanych z chorobą, przystosowanie do środowiska szpitala, procedur leczniczych, a także stworzenie adekwatnych relacji z zespołem leczącym. Ogólne cele adaptacyjne to zdaniem autorów to m.in.: utrzymanie równowagi emocjonalnej, podtrzymanie dobrego obrazu siebie, dostosowanie trybu życia do aktualnych możliwości wynikających ze stanu zdrowia, poszukiwanie sensu i znaczenia doświadczeń wynikających z choroby czy przygotowanie się na niepewną przyszłość [12, 13]. Cele te, zdaniem autorów, są aktualizowane w przypadku wszystkich chorób somatycznych, ale ich relatywna ważność może być różna w zależności od rodzaju choroby, osobowości chorego, jego zasobów zaradczych, otrzymanego wsparcia oraz niezbędnych czynności adaptacyjnych wynikających ze specyfiki choroby.

W procesie przystosowania do choroby centralną rolę przypisuje się ocenie poznawczej, głównie zaś przekonaniom dotyczącym kontroli, bowiem głównym źródłem stresu na każdym etapie jest brak osobistej kontroli nad chorobą i leczeniem [14]. Obserwacje pacjentów onkologicznych doprowadziły Taylor do sformułowania teorii adaptacyjnej – poznawczej, w myśl której chorzy na ogół podejmują wysiłek zmierzający do poznawczego opracowania, przeformułowania i reinterpretacji swojej choroby. Autorka oparła swą teorię na badaniach empirycznych przeprowadzonych w latach 80-tych w grupie 78 pacjentek z rozpoznaniem raka piersi [15].

Wedle koncepcji Taylor aktywność poznawcza jest realizowana w trzech podstawowych formach [za: 7, 12, 13, 14, 15.]:

- 1) poszukiwanie przyczyny zaistniałego wydarzenia, tj. przyczyny choroby, jej istoty, możliwych następstw, a także sensu życia;
- 2) identyfikacja czynników mogących modyfikować dynamikę choroby, mająca na celu uzyskanie przynajmniej częściowej kontroli nad sytuacją zagrażającą;
- 3) przetwarzanie informacji na temat sytuacji związanej z chorobą, zmierzające do uzyskania poczucia własnej wartości – przy czym powszechnie używaną w tym celu strategią jest „porównywanie w dół” – z osobami będącymi w gorszej sytuacji oraz przekonanie, że „radzę sobie z chorobą o wiele lepiej niż inne osoby”.

Zdaniem Taylor zdecydowana większość osób znajdujących się w zagrażającej sytuacji pomyślnie przechodzi przez wszystkie trzy fazy osiągając lepsze przystosowanie w porównaniu z okresem przed zagrożeniem. W większości przypadków wiadomość o chorobie powoduje dość typowe reakcje: początkowo szok, poczucie nierealności, następnie wzrost poziomu mobilizacji sił ustrojowych, ogólne pobudzenie i chaotyczne, intensywne działania. Cały ten okres nacechowany jest złością, protestem, płaczem, użalaniem się, potem pojawia się stan spokojnego przycięcia. Można porównać to z odbiciem się „od dna” i powolnym, stopniowym powrotem do równowagi [10].

Ocena możliwości adaptacyjnych i przebiegu adaptacji umożliwi poznanie emocjonalnego stanu pacjenta, ujawnienie jego dominujących problemów. Pozwoli na przyjęcie takiego postępowania, które będzie dla pacjenta najkorzystniejsze, a także umożliwi ekspresję emocji i ich konstruktywne ukierunkowanie [16].

#### Psychologiczne mechanizmy obronne

Mechanizmy obronne to nieświadome sposoby redukcji lęku lub zagrożenia poczucia własnej wartości, względnie trwałe i typowe dla jednostki, wyrażające się zarówno w zachowaniu jak i w procesach orientacyjnych i intelektualnych [6].

Zgodnie z terminologią freudowską, mechanizmy obronne są nieświadomymi procesami służącymi do obrony przed lękiem poprzez zniekształcenie rzeczywistości, lub zaprzeczanie jej [17]. Zazwyczaj mechanizmy te dzielimy na: grupę mechanizmów represyjnych i grupę mechanizmów sensorywnych [10, 18, 19, 20].

Reakcje represyjne eliminują, lub ograniczają zrozumienie niebezpieczeństwa jakie stanowi choroba. Zaliczamy do nich [10, 11, 20]:

- zaprzeczanie – uznawanie rozpoznania za pomyłkę – jest to ucieczka od stresora poprzez ignorowanie go [17, 20],
- tłumienie – świadomie podejmowany wysiłek unikania myśli o sprawach stresujących, może być korzystny wówczas, gdy nie można zrobić niczego by rozwiązać problem [17],
- wypieranie (represja, unikanie) będące nieświadomym mechanizmem utrzymującym poza obszarem świadomości myśli będące źródłem lęku [17],
- projekcja (rzutowanie) – przeniesienie lęku na inny obiekt, obszar swojego ciała [10, 11],
- racjonalizacja – poszukiwanie rozsądnych argumentów na rzecz udowodnienia, że objawy chorobowe mają pozanowotworowe pochodzenie celem ukrycia przed sobą ich prawdziwej przyczyny [10, 11, 20].

Odwrotnością przedstawionych tu mechanizmów są mechanizmy sensorywne, poprzez które człowiek stara się zmniejszyć niebezpieczeństwo choroby. Dokonuje się to przez „stawienie czoła chorobie”, poprzez lepsze jej poznanie, mobilizację, umacnianie nadziei [21]. Reakcje sensorywne wiążą się z akceptacją rozpoznania choroby nowotworowej, ale pacjent objawom choroby usiłuje nadać korzystniejsze znaczenie [20].

De Walden-Gałuszko przedstawia następujące mechanizmy sensorywne [10, 11]:

- świadoma koncentracja na chorobie z selektywnym przetwarzaniem informacji polegającym na wyszukiwaniu pomyślnych, a pomniejszaniu, lub pomijaniu niepomyślnych informacji związanych z chorobą i leczeniem,
- zachowania magiczne wyrażające się stosowaniem „cudownych” środków, zabiegów, leków, bądź też targowanie się z Bogiem i losem,
- rozszczepienie obrazu choroby przejawiające się jednoczesnym uznawaniem możliwości śmierci i wyzdrowienia,
- ucieczka w marzenia,
- postawa samowystarczalności wyrażająca się poprzez stwierdzenia „jestem silny, poradzę sobie sam bez niczyjej pomocy”,

- zabezpieczanie się radykalne, kiedy pacjent celem zabezpieczenia się przed niepomyślnym przebiegiem lub nawrotem choroby domaga się zabiegu operacyjnego ponad stan konieczny.

Autorzy poruszający w swych badaniach problematykę mechanizmów obronnych (Tood, Magarey, Bahnson, Cohen) są zgodni w tym, iż choroba nowotworowa wyzwala w jednostce silne mechanizmy obronne takie jak: wyparcie, tłumienie, racjonalizacja, zaprzeczenie, pomniejszanie, projekcja. Niektórzy (Booth, Le Shan) wiążą początek zachorowania na raka z gwałtownym załamaniem się tych mechanizmów będących do tej pory podstawą dobrego przystosowania [za: 22]. Mechanizmy obronne nie dają szans na opanowanie stresu, mogą jedynie zmniejszyć jego skutki, stanowią pewną pomoc, ale ich działanie jest krótkotrwałe [10, 11, 20]. Metody obrony mogą zmieniać się wraz z sytuacją i upływem czasu. Pozbawienie pacjenta potrzebnej mu obrony oznacza wystawienie go na działanie „trudnego do zniesienia lęku” [17]. Nasilenie działania mechanizmów obronnych zaraz po zachorowaniu

jest charakterystyczne dla pierwszej fazy adaptacji do choroby nowotworowej [23].

Style i strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową

Wysiłek podejmowany przez chorego celem przezwyciężenia stresu związanego z chorobą określany jest jako „zmaganie się z chorobą” bądź też „radzenie sobie” (coping).

Radzenie sobie należy do procesów pośredniczących pomiędzy stresem a jego skutkami. Jest celowym wysiłkiem podjętym w wyniku określonej oceny sytuacji stresowej, nie zaś automatycznie pojawiającym się zachowaniem przystosowawczym [25]. Leder wskazuje na cele copingu wymieniając: przywrócenie dobrostanu, równowagi emocjonalnej, optymalną adaptację do zmienionych warunków funkcjonowania jednostki, utrzymanie optymalnej jakości życia adekwatnej do zmieniających się czynników sytuacyjnych [26]. Moos i Schafer [za: 14, 27] wyodrębnili aktywne i unikowe strategie radzenia sobie ze stresem, co obrazuje zamieszczona poniżej tabela 4.

*Tabela 4. Strategie radzenia sobie ze stresem w ujęciu Moosa i Schafera*

AKTYWNE		UNIKOWE	
POZNAWCZE	BEHAWIORALNE	POZNAWCZE	BEHAWIORALNE
Analiza logiczna	Aktywne radzenie sobie	Unikanie poznawcze	Poszukiwanie innych wzmoceń
Pozytywne przewartościowanie	Zaplanowane rozwiązanie	Dystansowanie się	Strategie samo-oszukiwania się
Akceptacja odpowiedzialności	Konfrontacja z problemem	Odwracanie uwagi	Unikanie działań/ucieczka
Poszukiwanie informacji	Poszukiwanie wsparcia	Akceptacja/zaprzeczanie	Wyładowanie emocjonalne
Samokontrola	Negocjacje	x	x

Lazarus i Folkman podzielili sposoby radzenia sobie na [za: 28]:

- 1) Strategie zorientowane problemowo (*problem-oriented strategies*) wyzwalające aktywność umysłową jednostki, uruchamiają radzenie sobie skoncentrowane na problemie poznawczym.
- 2) Strategie zorientowane emocjonalnie (*emotion-oriented strategies*) polegające na pomniejszaniu, obniżaniu przykrego napięcia i jego skutków, niekiedy poprzez stymulowanie emocji i mobilizację do działania. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach, dotyczy uczuć wywołanych wyzwaniem, dlatego też często nazywane jest paliatywnym [29].

Niektórzy autorzy wyodrębniają trzeci rodzaj strategii, mający na celu zmianę znaczenia stresora, lub zmianę jego oceny. Uruchamia ona kontrolę sytuacji stresowej poprzez jej poznawczą neutralizację [30].

Watson i współpracownicy twórcy skali MAC – Przystosowania Psychicznego do Choroby (Mental Adjustment to Cancer 1988, 1989) i Mini-MAC (1994) przedstawili formy przystosowania się do choroby traktowane jako strategie radzenia sobie [za: 100]. Skala MAC wyróżnia następujące strategie: zaprzeczenie, walczący duch, stoicka akceptacja, bezradność-bezradziejność, lękowe zaabsorbowanie [27].

Styl radzenia sobie ze stresem można zdefiniować jako względnie stałe różnice indywidualne będące podstawą różnych sposobów zmagania się z sytuacją stresową. Jest to szeroki repertuar dostępnych środków zaradczych, spośród których tylko część jest wykorzystywana przez jednostkę adekwatnie do zaistniałej sytuacji [31]. Kategoria stylu determinująca zachowanie się jednostki w warunkach stresowych zawiera komponent poznawczy, jak i behawioralny [15, 32, 33].

Literatura przedmiotu rozpatruje indywidualne preferencje zaradcze warunkujące wybór konkretnych strategii zmagania się ze stresem. W wymiarze poznawczym warunkiem rozróżnienia indywidualnych stylów radzenia sobie jest postawa wobec informacji o zagrożeniu.

Założenia powyższe pozwoliły Miller i Krohne na rozróżnienie pierwotne stylów:

- 1) konfrontacyjnego, polegającego na koncentracji uwagi na stresorze i/lub własnej reakcji odzwierciedlającej się w poszukiwaniu, gromadzeniu, przetwarzaniu i wykorzystywaniu informacji dotyczących wydarzenia stresowego;
- 2) unikowego, wyrażającego się pomijaniem, odrzucaniem, wypieraniem i zaprzeczaniem informacjom o wydarzeniu stresowym, jak również chronienie przed takimi informacjami [za: 31, 32].

Wyniki badań potwierdziły, iż wymiary poszukiwania i unikania informacji są niezależne, dlatego wyróżniono cztery style radzenia sobie: 1) duża czujność/silne unikanie, 2) duża czujność/słabe unikanie, 3) mała czujność/silne unikanie, 4) mała czujność/słabe unikanie [34, 35]. Zdaniem Lipowskiego zaś wyróżnia się dwa poznawcze style radzenia sobie: nastawiony na unikanie informacji oraz na jej poszukiwanie, a także trzy style działania: aktywny, pasywny, unikowy [36]. Propozycja Endlera i Parkera to wyróżnienie stylu: skoncentrowanego na zadaniu, skoncentrowanego na osobie, skoncentrowanego na unikaniu [za: 28, 32]. Dunhel - Schetter i współpracownicy podają pięć wzorów radzenia sobie z nowotworem: poszukiwanie i wykorzystywanie społecznego wsparcia, koncentrowanie uwagi na pozytywach, dystansowanie, ucieczka poznawcza – unikanie, ucieczka behawioralna – unikanie [za: 26].

Zdaniem Juczyńskiego interkorelacje między badanymi strategiami wskazują, iż mamy do czynienia z dwoma różnymi stylami zmagania się z chorobą: biernym, destrukcyjnym, reprezentowanym przez strategię bezradność - beznadziejność i zaabsorbowanie lękowe oraz aktywnym, konstruktywnym, charakteryzującym strategię ducha walki i pozytywnego przewartościowania [2].

Ważne znaczenie ma charakter sytuacji stresowej, przybierający formę wyzwania, lub zagrożenia, krzywdy, lub straty. Każda z wymienionych sytuacji inaczej wpływa na proces radzenia sobie, a także na skuteczność wykorzystania zasobów zaradczych.

Nawiązując do salutogenetycznego ujęcia stresu (Antonovsky 1995), Sęk i Ściagała podają, iż warunkiem skutecznego radzenia sobie jest refleksja prowadząca do adekwatnego wykorzystania zasobów odpornościowych jednostki [37].

Adaptacja psychiczna jako korzystny wynik zmagania się z chorobą

Adaptacja psychiczna do choroby jest procesem nastawionym na przywracanie sobie dobrego samopoczucia zwanego „efektem feniksa”, a tym samym na zmniejszanie dyskomfortu [8, 10, 38].

U chorych onkologicznych najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie, zaliczaną do działań adaptacyjnych, jest zaprzeczenie. Zaprzeczenie przez negowanie faktu choroby zmierza do uniknięcia izolacji społecznej [10, 11]. Może ono przybierać różną postać, od przypuszczenia o mylnym rozpoznaniu choroby, do przeczenia selektywnego dotyczącego szczegółów choroby, w którym chory przyznaje, że ma raka, ale nie ma przerzutów. Strategia zaprzeczenia w początkowej fazie choroby może odegrać pozytywną rolę adaptacyjną, jeśli tylko nie będzie przyczynkiem do zaniechania leczenia przez chorego [10]. Uporczywe zaprzeczanie jest objawem z gruntu rzeczy negatywnym, świadczącym o braku właściwego przepracowania choroby, a nagłe odkrycie przez chorego całej prawdy grozi poważnymi konsekwencjami psychologicznymi.

Zdaniem de Walden-Gałuszko skutecznym mechanizmem adaptacyjnym jest przyzwyczajenie, polegające na oswojeniu się z zaistniałą sytuacją oraz uznaniu swoich ograniczeń i dolegliwości za „normalne” [8]. Wrona-Polańska wskazuje na samopercepcję, pełniącą funkcję adaptacyjno-obronną w procesie zmagania się z ciężką chorobą somatyczną. Adaptacja w chorobie o niepomyślnej prognozie wymaga aktywności poznawczej chorego, prowadzącej do zaakceptowania swojej choroby oraz siebie w roli chorego. Pełnienie tej roli staje się dla chorego celem nadrzędnym, prowadzi do pozytywnej samopercepcji, większej samodzielności, bardziej pozytywnego myślenia o sobie, aby z

godnością znosić własne cierpienie. Ten rodzaj adaptacji nazwany jest przez autorkę adaptacją aktywną i jest przeciwieństwem adaptacji biernej, którą cechuje wysoki poziom depresji, brak planów na przyszłość, odrzucenie roli chorego oraz trudności w funkcjonowaniu z najbliższym otoczeniem [39].

Taylor w swej koncepcji wskazuje na korzystne efekty pozytywne złudzeń. Wydaje się jednak, że ich skuteczność oraz korzyści trzeba rozpatrywać relatywnie w odniesieniu do konkretnych sytuacji i osób, a nie w kategoriach uniwersalnych. Zdaniem Łosiaka pacjenci onkologiczni wydają się być taką grupą, w przypadku której złudzenia przynoszą ulgę w cierpieniu, a ich mniejsza adekwatność z rzeczywistością nie wiąże się z negatywnymi konsekwencjami [12].

Adaptacja do choroby wymaga akceptacji nowych okoliczności, a więc wszystkich konsekwencji będących rezultatem choroby. Akceptacja choroby przejawia się mniejszym nasileniem reakcji i emocji związanych z chorobą, a im większa akceptacja, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego [2]. Na adaptację do choroby nowotworowej wpływają czynniki zarówno genetyczne, jak i środowiskowe, szczególnie oddziaływanie rodziny. Często najbliżsi oczekują od chorego zachowania mającego na celu rozwianie ich własnych wątpliwości i obaw, zatem człowiek chory musi radzić sobie nie tylko z własnym cierpieniem, ale i z obawami swoich bliskich. Ten rodzaj sytuacji stanowi podwójne obciążenie psychiczne, a także barierę w procesie adaptacji [40]. Obciążenie stresem w chorobie nowotworowej jest tak wielkie, a towarzyszące jej cierpienie i lęk tak trudne do zniesienia, że każde nawet intuicyjnie stosowane strategie redukcji zagrożenia zmniejszające dyskomfort psychiczny, a jednocześnie podtrzymujące optymizm i nadzieję, należy uznać za ostatecznie adaptacyjne [41].

## Wnioski

1. Ludzie w obliczu zagrożenia posługują różnorodnymi mechanizmami obronnymi zarówno represywnymi jak i sensorywnymi, przy czym mechanizmy te zmieniają się wraz z sytuacją i wpływem czasu.
2. Adaptacja w chorobie o niepomyślnej prognozie sprzyja optymalnemu funkcjonowaniu w sytuacji stresu i wymaga aktywności poznawczej chorego prowadzącej do zaakceptowania swojej choroby oraz siebie w roli chorego.
3. Chorzy w sytuacji choroby zagrażającej życiu posługują się różnymi stylami traktowanymi jako strategie zmagania się z chorobą.
4. Najbardziej pożądanym stylem zmagania się z chorobą jest styl konstruktywny prowadzący do adaptacji psychicznej, przy czym w sytuacji choroby nowotworowej każdą strategię redukującą zagrożenie i zmniejszającą dyskomfort psychiczny można uznać za adaptacyjną.



## Piśmiennictwo

1. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne- sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne, [w:] Sęk H, Cieślak R. (red.) Wsparcie społeczne, stres i zdrowie, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2004; 11-28.
2. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2001.
3. Szewczuk W. (red.) Słownik Psychologiczny, Wiedza Powszechna, Warszawa, 2006, 197.
4. Widomska-Czekajaska T, Górajek-Jóźwik J. (red.) Przewodnik Encyklopedyczny dla Pielęgniarek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006; 306.
5. Karski J. Promocja Zdrowia, Wydawnictwo IGNIS, Warszawa, 2009; 289-295.
6. Komender J, Mossakowski M. J, Orłowski T, Ostrowski K, Rudowski W, Trzebski A. (kol. red.) Wielki Słownik Medyczny, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Polska Akademia Nauk, Wydział Nauk Medycznych, Warszawa, 2009.
7. Chojnacka-Szawłowska G. Rozpoznanie choroby nowotworowej – uwarunkowania psychologiczne, PZWL, Warszawa, 1998.
8. de Walden – Gałuszko K, Kaptacz A. (red.) Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
9. de Walden-Gałuszko K., Malkowicz M., Jakość życia w chorobie nowotworowej, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk; 1994.
10. de Walden-Gałuszko K. Ukresu. Opiekopsychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi, Wydawnictwo Medyczne MAK med., Gdańsk, 2000; 20-45.
11. de Walden-Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanologii, Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 2002; 8-62
12. Łosiak W. Proces zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów, [w:] Kubacka Jasiecka D, Łosiak W. (red.) Zmagając się z chorobą nowotworową, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 1999; 185-196.
13. Steuden S. Z psychologicznej problematyki zdrowia i choroby, [w:] Oleś P., Steuden S., Toczolowski J. (red.) Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin, 2000; 27-30.
14. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową, [w:] de Walden-Gałuszko K., Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000; 9-41.
15. Heszen-Niejodek I. Radzenie sobie z chorobą - przegląd zagadnień, [w:] Heszen-Niejodek I. (red.) Jak żyć z chorobą nowotworową a jak ją pokonać, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 1996; 13-33.
16. Chojnacka-Szawłowska G. Wspomaganie chorych czujących się zagrożonymi przez raka, [w:] Meyza J.(red.) Jakość życia w chorobie nowotworowej, Wybrane zagadnienia, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa, 1997; 194-209.
17. Sheridan Ch. L, Radmacher S. A. Psychologia zdrowia, Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa, 1998.
18. Makselon J. Lęk wobec śmierci, Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków, 1998.
19. Meerwein F. einführung in die psychoonkologie, Hans Huber, Bern, 1995.
20. Szeja M. Problemy psychologiczne w chorobach nowotworowych, Polski Przegląd Chirurgiczny 1998; 70, 5: 540 -543.
21. Jarosz M. Psychologia lekarska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 249-259.
22. Kubacka-Jasiecka D, Wrona-Polańska M. Pojęcie ja i samoocena pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej, Zeszyty Naukowe UJ, Kraków, 2000; 31: 66-84.
23. Kübler-Ross E., Rozmowy o śmierci i umieraniu, PAX, Warszawa, 1989.
24. Oleś P. Kryzys „połowy życia” u mężczyzn, Psychologiczne badania empiryczne, Redakcja Wydawnictwa Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin, 1995; 69-72, 233-234.
25. Heszen-Niejodek I. Radzenie sobie z konfrontacją stresową, Nowiny Psychologiczne, Polskie Towarzystwo Psychologiczne 2001; 1-2: 15-21.
26. Izdebski P. Funkcjonowanie osób z chorobą nowotworową po chemioterapii, Wydawnictwo WSP, Bydgoszcz, 1998.
27. Juczyński Z, Chrystowska-Jabłońska B. Strategia radzenia sobie z chorobą nowotworową, Psychoonkologia 1999; lipiec-grudzień, 5: 3-9.
28. Oleś P. Zagadnienie stresu, kryzysu, i radzenie sobie, Roczniki Filozoficzne 2003, 4, 5-22.
29. Salmon. P, Gajdzińska M. (przekł.) Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia, Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk, 2003; 36-58.
30. Pearlın L. E. schodere, the structure of coping, J Health Soc Behav, 2008; 9: 2-21.
31. Gwozdecka E. Poszukiwanie i unikanie informacji jako sposoby radzenia sobie ze stresem u pacjentów po zawale serca [w:] Heszen-Niejodek I. (red.) Jak żyć z chorobą a jak ją pokonać, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2006; 80-86.
32. Heszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie: główne kontrowersje, [w:] Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red.) Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 1996.
33. Heszen-Niejodek I. Style radzenia sobie ze stresem - fakty i kontrowersje, Czasopismo Psychologiczne 1997; 3, 1: 7-22.
34. Miller S. M, to see or not to see: cognitive informational styles in the coping process, [in:] Rosenbaum M. (red.) learned resourcefulness, New York, Springer 1999.
35. Zuuren van F. J, Wolfs H. M. styles of information seeking under threat: personal and situational aspects of monitoring and blunting, „Personality and Individual Differences” 1991; 12: 141.

36. Lipowski Z. physical illness, the individual and the coping processes, *Psychiatry in Medicine* 1997; 1: 91-102.
37. Sęk H., Ściągąła I., Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym, *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* 1996; 8/9: 21-33.
38. de Walden-Gałuszko K., Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej, [w:] Hebanowski M., de Walden-Gałuszko K., Żylicz Z. (red.) *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998; 25-52.
39. Wrona-Polańska H, Zmiana samooceny w procesie adaptacji w chorobie niepomyślnej prognozie, *Sztuka Leczenia* 1998; t.4, 2: 67-75.
40. Hebanowski M, de Walden - Gałuszko K, Żylicz Z. (red.) *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998.
41. Kubacka-Jasiecka D. Problematyka lęku i zmaganie się z lękiem w chorobie nowotworowej, [w:] Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W. (red.) *Zmagając się z chorobą nowotworową*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 1999; 143-179.

Kontakt:

---

Barbara LELONEK  
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Al. IX Wieków Kielce 19  
25-317 Kielce  
Poland  
E-mail: barbara.lelonek@wp.pl

# Kvalifikačná príprava na profesiu opatrovateľky v oblasti uspokojovania spirituálnych potrieb

## Qualification for Profession of Health Carer in Area of Satisfying Spiritual Needs

Angelika Dudžáková, Peter Slovák

UCM Trnava, Fakulta sociálnych vied, Katedra sociálnych služieb a poradenstva

### Abstrakt

Kvalifikačná príprava na profesiu Opatrovateľ/ka, je dôležitá nielen z dôvodu, že pri výkone profesie pracujeme so „živým materiálom“ – človekom, kedy pochybenie v starostlivosti o klienta môže mať fatálny následok. V príspevku sme rozpracovali problematiku uspokojovania bio-psycho-sociálno-spirituálnych potrieb vo vzťahu k profesionálnej príprave. Porovnávame vedomosti dvoch cieľových skupín, študentov štvorročného štúdia v odbore Vychovávateľsko – opatrovateľská činnosť, ktoré je ukončované maturitnou skúškou. Druhú skupinu tvoria absolventi Kurzu opatrovania, ktorého časový rozsah je 220 hodín a je ukončený záverečnou skúškou.

**Kľúčové slová:** Kvalifikácia. Opatrovateľka. Potreby. Požiadavky.

### Abstract

Qualification for profession nurse, is important not only because in the exercise of the profession we work with a „live material“ - human being, when an error of care may have a fatal outcome. In this paper we developed the issue of satisfying the bio-psycho-social-spiritual needs in relation to professional training. We compare the knowledge of the two target groups of students four years of training tutors - nursing work, which is discontinued leaving examination. The second group consists of babysitting course graduates, the time range is 220 hours and is completed with a final exam.

**Key words:** Qualification. Nurse. Needs. Requirements.

### Úvod

„Etika lásky k životu žiada, aby sme vždy nejako a niečím boli ľuďmi pre ľudí. Otvorte oči a hľadajte, kde nejaký človek potrebuje trochu času, trochu priateľstva, trochu účasti, trochu spoločnosti, trochu práce, nejakého človeka. Možno je to človek osamelý, zatrpknutý alebo chorý.“

Albert Schweitzer

Pomáhajúca profesia je v súčasnosti často používané slovné spojenie. Čo sú to pomáhajúce profesie? V Slovníku slovenského jazyka pomáhajúci, znamená nápomocný, prispievajúci pomocou alebo poskytujúci pomoc, čo vystihuje podstatu profesie Opatrovateľ/ka. Opatrovateľská starostlivosť nás sprevádza celým životom, od narodenia až po smrť, či už vo forme prijímateľa alebo poskytovateľa. Opatrovateľská starostlivosť je zameraná na pomoc pri všetkom, čo potrebuje človek pre svoj život: pri hygiene, pri príprave a konzumácii jedla, vyprázdňovaní, obliekaní a vyzliekaní, pri nákupoch, upratovaní, pri návšteve u lekára alebo pri vybavovaní po úradoch. Pokiaľ by sme to mali zhrnúť, tak by sme uviedli, že opatrovateľská služba je zameraná na uspokojovanie bio-psycho-sociálno-spirituálnych potrieb človeka. V zákone č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, sú okrem iného, definované aj kvalifikačné požiadavky pre výkon opatrovateľky.

### Opatrovateľka – profesionálka v starostlivosti o klienta

Čo všetko musí spĺňať kvalifikovaná opatrovateľka?

Kvalifikačné požiadavky:

- a) má vyššie odborné vzdelanie získané v odbore vzdelávania so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
- b) má úplné stredné odborné vzdelanie získané v odbore vzdelávania so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
- c) má stredné odborné vzdelanie získané v odbore vzdelávania so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
- d) má nižšie stredné odborné vzdelanie získané v odbore vzdelávania so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, alebo
- e) absolvovala akreditovaný kurz opatrovania najmenej v rozsahu 220 hodín.

Morálne predpoklady: činnosti v oblasti sociálnych služieb podľa tohto zákona vykonáva fyzická osoba, ktorá je spôsobilá na právne úkony v plnom rozsahu.

Bezúhonnosť: za bezúhonnú fyzickú osobu sa na účely tohto zákona považuje fyzická osoba, ktorá nebola právoplatne odsúdená za úmyselný trestný čin. Bezúhonnosť sa preukazuje výpisom z registra trestov nie starším ako tri mesiace. Podmienku bezúhonnosti musí spĺňať aj zodpovedný zástupca poskytovateľa sociálnej služby a fyzická osoba, ktorá je zodpovedná za poskytovanie sociálnej služby.

Opatrovateľka musí byť schopná vykonávať práce obslužného a pomocného charakteru v opatrovateľskej činnosti o klienta. Od opatrovateľky sa vyžaduje: ľudskosť, ozajstný záujem a zanieťanie starať sa o druhých, komunikačné schopnosti, verbálne aj písomné, charakterové vlastnosti, schopnosť súcitu, trpezlivosť, empatia, pružnosť, usilovnosť, prispôsobivosť a spoľahlivosť.

## Vzdelávanie opatrovateliek

Pokiaľ by sme chceli získať odbornú spôsobilosť na výkon opatrovatelky, mohli by sme využiť viacero možností. Jedna z foriem získania vzdelania by bola práve na niektorej z Pedagogickej a sociálnej akadémii v odbore vychovávateľsko – opatrovateľská činnosť, kde sa štvorročné štúdium ukončuje maturitnou skúškou. V nasledujúcej tabuľke uvádzame akadémie, ktoré tento študijný program ponúkajú.

Tabuľka 1 Akadémie

Pedagogická a sociálna akadémia bl. Laury	Trnava
Pedagogická a sociálna akadémia sv. Márie Goretti	Čadca
Katolícka stredná pedagogická škola sv. Cyrila a Metoda	Košice
Pedagogická a kultúrna akadémia	Modra
Súkromná pedagogická a sociálna akadémia EBG	Brezno
Súkromná pedagogická a sociálna akadémia	Košice

Zdroj: [www.minedu.sk](http://www.minedu.sk), vlastné spracovanie

Ďalšia možnosť získania kvalifikácie je absolvovať akreditovaný vzdelávací program Kurz opatrovania, ktorého rozsah je minimálne 220 hodín a ukončuje sa záverečnou skúškou. Akreditáciu udeľuje Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, prostredníctvom akreditačnej komisie. V súčasnej dobe má platnú akreditáciu 74 subjektov.

## Cieľ prieskumu

Cieľom prieskumu je zistiť vedomosti študentov z tematického okruhu: Uspokojovanie bio-psycho-sociálno-spirituálnych potrieb.

Stanovili sme si nasledujúce prieskumné úlohy:

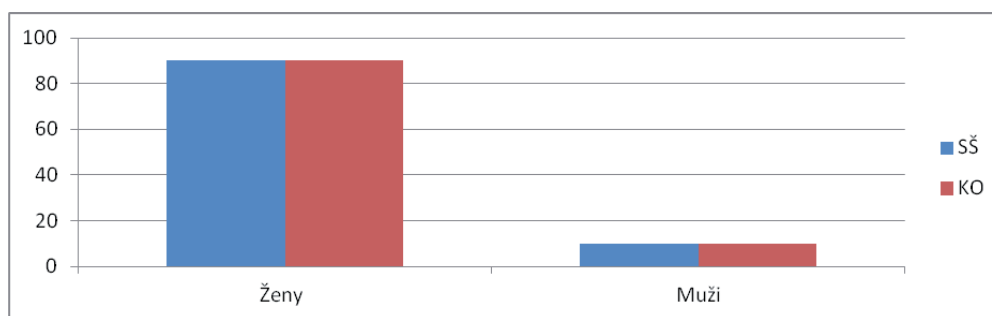
Úloha 1: Predpokladáme, že študenti majú teoreticky zvládnutú problematiku uspokojovania potrieb.

Úloha 2: Stredoškolskí študenti dosiahnu lepšie teoretické vedomosti v porovnaní s poslucháčmi kurzu.

## Metódy

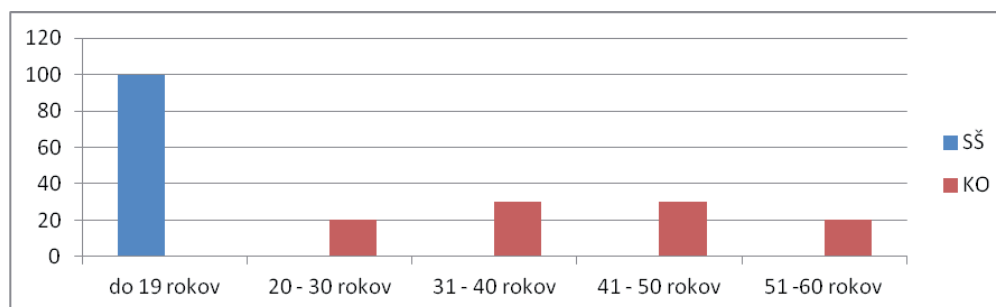
Použili sme dotazník, kde sme okrem demografických údajov položili zatvorené aj otvorené otázky, ktorými sme zisťovali vedomosti v oblasti uspokojovania potrieb klienta. Na otázky v dotazníku nám odpovedali študenti štvrtého ročníka, študujúci odbor vychovávateľsko – opatrovateľská činnosť na Pedagogickej a sociálnej akadémii v Trnave a absolventi Kurzu opatrovania, ktorý absolvovali na Slovenskom červenom kríži – územný spolok Trnava.

V grafe 1 uvádzame pohlavie respondentov. Z grafu je zrejmé, že dominujú ženy, čo je dôvodom toho, že v predchádzajúcom texte sme takmer vždy použili ženský rod „opatrovatelka“.



Graf 1 Pohlavie respondentov

V nasledujúcom grafe uvádzame vek respondentov. Študenti strednej školy majú vek do 19 rokov. V Kurze opatrovania je vekový rozptyl uchádzačov od 20 do 60 rokov.



Graf 2 Vek respondentov

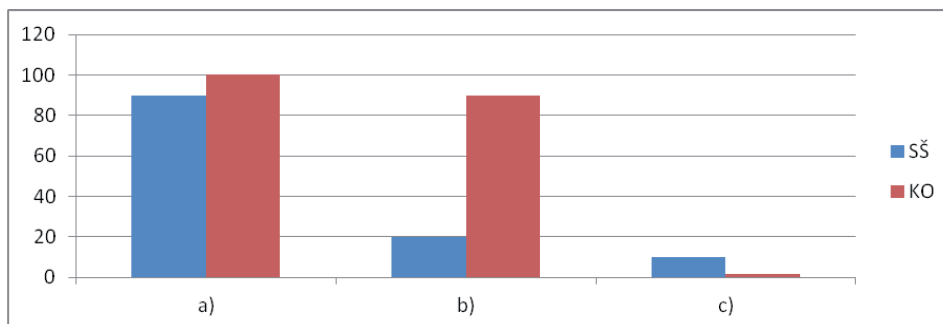
## Výsledky

V dotazníku sme prvú otázku položili zatvorenú, kde boli dve správne odpovede.

Otázka č.1: Potreba je:

- a) stav nedostatku alebo nadbytku niečoho
- b) stav jednotlivca odchyľujúceho sa od jeho životného optima
- c) vyprázdňovanie močového mechúra alebo hrubého čreva

Odpovede uvádzame v grafe 3

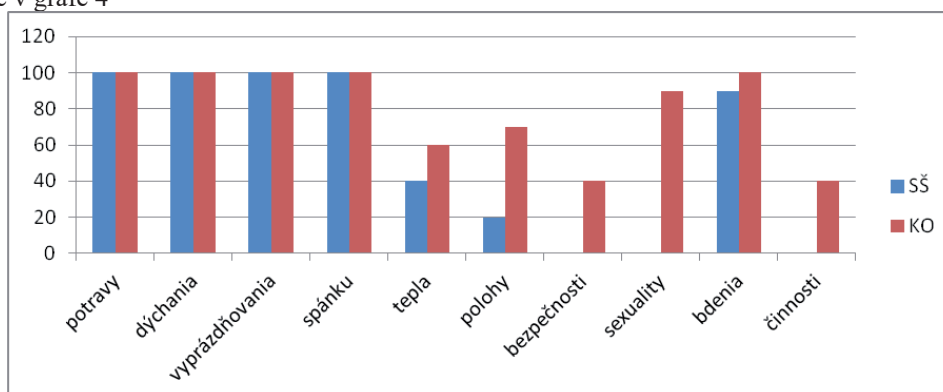


Graf 3 Definícia potreby:

Z grafu je viditeľné, že odpoveď s lepším výsledkom dosiahli poslucháči kurzu.

Otázka č. 2 v dotazníku: Napíšte, čo patrí do primárnych potrieb.

Odpovede uvádzame v grafe 4



Graf 4 Primárne potreby

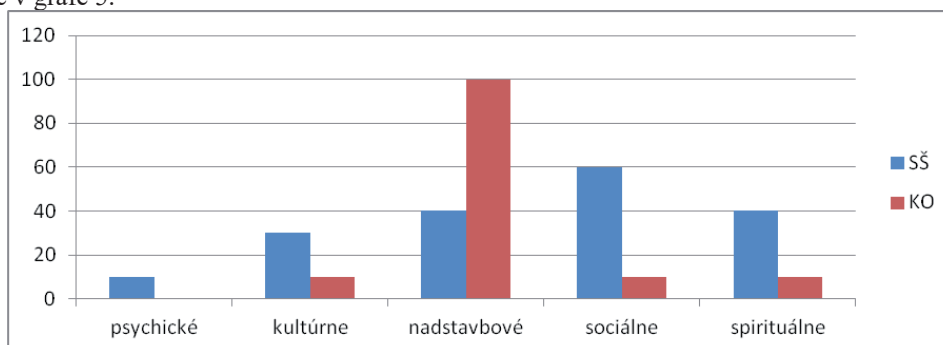
Študenti strednej školy napísali sedem primárnych potrieb. Poslucháči kurzu uviedli desať potrieb.

Nasledujúca otázka je zatvorená.

Otázka č. 3: Označte, čo z uvedených potrieb, nepatrí do sekundárnych potrieb:

- a) psychické
- b) kultúrne
- c) nadstavbové
- d) sociálne
- e) spirituálne

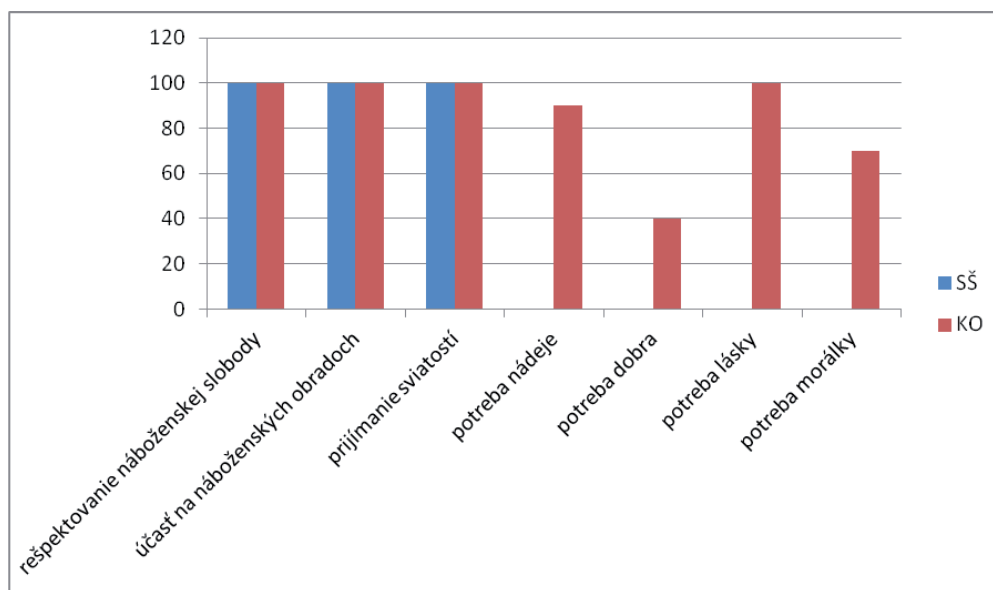
Odpovede uvádzame v grafe 5.



Graf 5 Potreby, ktoré nepatria do sekundárnych potrieb

Z grafu je vidieť rozmanitosť odpovedí

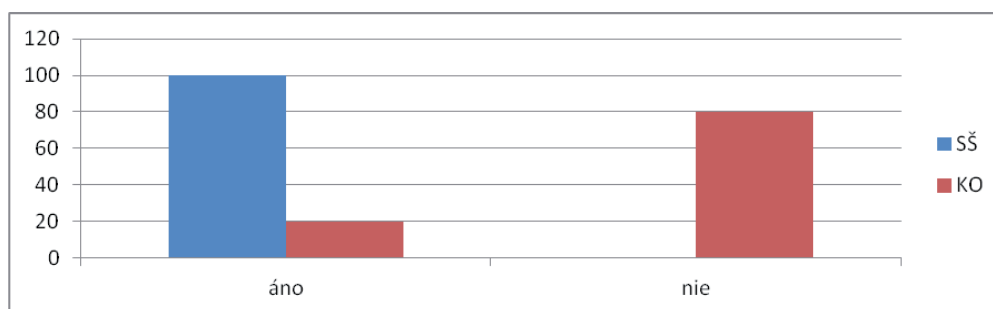
Otázka č. 4: Uvedte čo patrí do uspokojovania spirituálnych potrieb



Graf 6 Usokojovanie spirituálnych potrieb

Študenti – stredoškóľáci pracovali len s tromi spirituálnymi potrebami.

Otázka č. 5: Usokojovanie spirituálnych potrieb u klienta zabezpečuje vždy kňaz?



Graf 7 Zabezpečenie spirituálnych potrieb kňazom

Všetci stredoškóľáci sú presvedčení o tom, že usokojovanie spirituálnych potrieb u klienta zabezpečuje kňaz.

## Diskusia

Cieľom prieskumu bolo zistiť vedomosti študentov z tematického okruhu: Usokojovanie bio-psycho-sociálno-spirituálnych potrieb.

Dotazníkového prieskumu sa zúčastnili študenti štvrtého ročníka, študujúci odbor vychovávateľsko – opatrovateľská činnosť na Pedagogickej a sociálnej akadémii v Trnave, v počte 45 a absolventi Kurzu opatrovania, ktorý absolvovali na Slovenskom červenom kríži – územný spolok Trnava, v počte 55.

Stanovili sme si nasledujúce úlohy:

Úloha 1: Predpokladáme, že študenti majú teoreticky zvládnuť problematiku usokojovania potrieb.

Pri získavaní kvalifikácie opatrovatelky sa v teoretickej príprave venuje dostatočná pozornosť téme usokojovaniu potrieb klienta. Študenti majú výborné poznatky o usokojovaní primárnych potrieb, čo sa nedá povedať o vedomostiach ohľadne usokojovania „ďalších“ potrieb klienta.

Úloha 2: Stredoškóľskí študenti dosiahnu lepšie teoretické vedomosti v porovnaní s poslucháčmi kurzu.

Táto úloha sa nám nepotvrdila, práve naopak. Poslucháči kurzu dosiahli lepšie vedomostné výsledky.

## Záver

Vieme dostatočne pripraviť človeka na prácu s človekom? Bez ohľadu na to, či bude pracovať v zariadení alebo v „teréne“. Teoretických vedomostí naši študenti majú dosť. Ale vedia ich vhodne využívať vo svojej náročnej práci? Všeci vieme rozprávať a na priek tomu vznikajú nedorozumenia. Univerzálny návod na usokojovanie bio-psycho-sociálno-spirituálnych potrieb človeka, zatiaľ nikto neobjavil. Je preto na nás, aby sme pripravili našich študentov práve v kontexte osobnej komunikácie, otvoreného dialógu a prosociálnej percepcie pre potreby klientov v sociálnej oblasti.

**Bibliography:**

1. Bušová, B., Bednárík, R., Brichtová, L., Repková, K. Starostlivosť o dlhodobo chorých starších ľudí – prehľad foriem pomoci. Inštitút pre výskum práce a rodiny. Bratislava, 2011
2. Kolektív autorov. *Synonymický slovník slovenčiny*. Bratislava: VEDA, 2004, 100 s. ISBN: 8022408018.
3. Svatošová, M. 2001. Hospic – Umenie sprevádzať. Bratislava, Lúč, 2001.157 s. ISBN 80- 7114-335-9.
4. Zbierka zákonov. Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

**Kontakt:**

---

PhDr. Angelika DUDŽÁKOVÁ, MPH  
Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave  
Fakulta sociálnych vied  
Bučianska 4/A  
917 01 Trnava  
25-317 Kielce  
Slovenská republika  
E-mail: angelika.dudzakova@ucm.sk

# Úloha sociálnej opory v živote človeka

## The Role of Social Support in One's Life

Slávka Judinyová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, doktorand

### Úvod

Príspevok je obsahovo orientovaný na špecifickú problematiku, ktorou je sociálna opora a jej úloha v živote človeka. Hlavným cieľom poskytovanej sociálnej opory je uľahčenie zvládania konkrétnej nepriaznivej situácie v živote človeka. Poskytovaná sociálna a emocionálna opora pôsobí povzbudivo proti prežívaniu stresu a pôsobí v smere redukcie strachu z liečby, budúcnosti, zníženia zúfalstva a depresie, vedie k zmierneniu pocitu izolácie, bezmocnosti, beznádeje a pocitu opustenosti. Vnímaná sociálna opora nielen počas ochorenia prispieva k všeobecnému zlepšeniu kvality života.

**Kľúčové slová:** Sociálne vzťahy. Sociálna opora. Definície. Druhy sociálnej opory.

### Summary

The contribution is oriented to a specific content issue, which is social support and its role in human life. The main objective of providing social support is to facilitate coping with a particular adverse event in the human life. Providing social and emotional support to act against encouraging survival stress acting in the direction of reducing the fear of the treatment, the future, the reduction of depression and despair, leads to reducing the sense of isolation, helplessness, hopelessness, a sense of abandonment. Perceived social support not only during illness contributes to a general improvement of quality of life.

**Key words:** Social relationships. Social support. Definitions. Types of social support.

### Sociálne vzťahy

Zastrešujú vzťahy medzi jedincami vo všeobecnosti. Nemajú v sebe žiadny emočný náboj. Preto považujeme za dôležité vymedziť základný rozdiel v terminológii, medzi sociálnymi a medziosobnými vzťahmi.

Možno ich charakterizovať ako vzťahy medzi ľuďmi, ktoré sa nezakladajú primárne na individuálne prežívaných sympatiách či antipatiách, ale na vzájomnosti sociálnych rolí. Vzťahy medziosobné sa odvíjajú primárne z emocionálneho základu, zo subjektívnych kritérií a motívov vzájomnosti (Řezáč, 1998).

Klasickým základným termínom pre charakteristiky medziosobného kontaktu bol podľa Výrosta a Slaměníka (2008) termín interpersonálne vzťahy. Neskôr sa stretávame s pojmom osobné vzťahy, ktorý sa stáva podmnožinou interpersonálnych vzťahov s výraznou orientáciou na blízkosť. Tento pojem sa objavil v súvislosti s prácou H.H. Kelleyho *Personal Relationships* z roku 1979 na súhrnné označenie individuálne významných vzťahov jedinca k jemu najbližším osobám. Sociálni vedci skúmali niekoľko odlišných funkcií sociálneho prepojenia, ktoré ponúkajú sociálne vzťahy (Smith a Christakis, 2008). Sociálna izolácia sa odkazuje na relatívnu absenciu sociálnych vzťahov. Sociálna integrácia sa vzťahuje na celkovú úroveň zapojenia sa neformálnych sociálnych vzťahov, ako je napríklad manželský vzťah, so vzťahmi formálnymi, ako sú vzťahy napríklad s náboženskými inštitúciami alebo dobrovoľníckymi organizáciami. Kvalita vzťahov zahŕňa pozitívne aspekty vzťahov, ako je citová podpora poskytovaná druhými, a napäté aspekty vzťahov, ako sú konflikty a stres. Sociálne siete odkazujú na web sociálnych vzťahov obklopujúcich jednotlivca, predovšetkým, konštrukčné prvky, ako je typ a sila každého sociálneho vzťahu. Každý z týchto aspektov sociálnych vzťahov ovplyvňuje zdravie.

### Sociálna opora ako dôležitá súčasť sociálnych vzťahov

Pojem sociálna opora je relatívne nový. V odbornej literatúre sa používa zhruba 30 rokov. O jeho zavedenie sa zaslúžili traja bádatelia: Caplan, Cassel a Cobb (Mareš, 2001). Termín v tejto podobe sa však používa zhruba od druhej polovice 90. rokov, kedy došlo k terminologickej zmene z pôvodnej „sociálnej podpory“ na „sociálnu oporu.“ Stalo sa tak z dôvodu vyplácania peňažných dávok - štátnej sociálnej podpory vybraným skupinám občanov a opodstatnenej obavy zo zamieňania týchto dvoch pojmov (Výrost, Slaměník, 2001). Sociálnou oporou rozumieme pomoc, ktorú jednotlivcovi, či skupine, ktorí sa nachádzajú v záťažovej situácii, poskytujú iní aktéri (Křivohlavý, 2001).

Ide o aktívnu podporu a spoluúčasť pri riešení záťažovej situácie, najčastejšie však o navzájom previazané aktivity:

- Poskytovanie (dávanie) sociálnej opory
- Prijímanie sociálnej opory

Hlavným cieľom poskytovanej sociálnej opory je uľahčenie zvládania konkrétnej nepriaznivej situácie. Na prijatie ponúkanej pomoci má pritom vplyv predchádzajúca osobná skúsenosť jednotlivca. U niektorých jedincov sa totižto práve na základe minulých skúseností schopnosť prijať oporu eliminovala na minimum alebo úplne zmizla. Človek má problém ju prijať, napriek tomu, že si uvedomuje jej prínos pre neho samotného. U nás sa výskumom sociálnej opory zaoberá predovšetkým Kebza a Šolcová, ktorí svojimi početnými štúdiami významne prispeli k analýze jej významu v živote človeka. Vzniklo mnoho definícií a niekoľko druhov delení sociálnej opory.

### Sociálna opora ako uspokojovanie sociálnych potrieb

Potreba sociálnej opory súvisí s existenciou sociálnych potrieb a ich uspokojením, či neuspokojením. K sociálnym potrebám patrí (Křivohlavý 2001):



- potreba afiliácie - sociálneho kontaktu
- potreba priateľského vzťahu - mať človeka, ktorému je možné dôverovať
- potreba sociálneho pripútania - napr. vzťah matka-dieťa
- potreba vzájomnosti - starať sa o niekoho a byť objektom niečej starostlivosti
- potreba sociálnej komunikácie - porozprávať sa s niekým
- potreba sociálneho porovnávania -porovnávania sa s inými
- potreba spolupráce - prekračovať obmedzené individuálne možnosti
- potreba zaistenia sociálneho bezpečia - proti nežiaducim útokom druhých ľudí
- potreba pozitívneho sociálneho hodnotenia - potreba uznania vlastnej hodnoty inými, rešpektu, úcty, sociálneho uznania, pochvaly
- potreba sociálneho zaradenia, začlenenia - byť prijatí druhými ľuďmi a patriť do určitej sociálnej skupiny
- potreba sociálnej identity - byť „niekým“ v rámci určitej sociálnej skupiny
- potreba lásky - byť milovaný, vážený, uznávaný taký, aký som a potreba niekoho milovať

## Definícia sociálnej opory

Sociálna podpora sa vzťahuje na rôzne typy podpory (t.j. pomoc/asistencia), ktorú ľudia dostávajú od ostatných. Taktiež ju možno charakterizovať ako charakterizovať ako súbor vzťahov, ktoré jedinec percipuje v komunikačnej sieti ako subjektívne významné pre zachovanie vlastnej identity a psychickej rovnováhy“ (Koubeková, 1997, str. 107). Podľa Křivohlavého (1999) „z hľadiska sociálnej opory sú najdôležitejšie práve tie osoby, ktoré sú danému človeku najbližšie a ktoré patria do najvnútornejšieho okruhu jeho priateľov“. Křivohlavý (2001) chápanie sociálnu oporu ako: pomoc, ktorá je poskytovaná druhými ľuďmi človeku, ktorý sa nachádza v záťažovej situácii. Táto činnosť by mala človeku v tiesni jeho záťažovú situáciu uľahčovať. **Vnímaná sociálna opora** je presvedčenie o tom, že iní ľudia sú dosiahnuteľní (k dispozícii) a sú ochotní poskytnúť pomoc, ktorú by daný človek potreboval. (Pierce,1994 in Křivohlavý,2001). Mapovať ju môžeme otázkou „Máš sa na koho obrátiť?“.

Pri sociálnej opore je potrebné rozlišovať **objektívnu** (zvonku pozorovanú poskytnutú) sociálnu oporu a **subjektívnu** (danou osobou **vnímanú**) sociálnu oporu. Vonkajšiemu pozorovateľovi sa môže zdať, že osoba dostáva istý druh sociálnej opory, ale táto osoba je nemusí vnímať ako sociálnu oporu a naopak niečo, čo pozorovateľ nerozpozná ako sociálnu oporu, môže táto osoba vnímať ako sociálnu oporu („Díval sa na mňa a ja som vedel, že mi drží palce“).

## Druhy sociálnej opory

Sociálna opora je stále populárnejšou témou výskumov a rozličných štúdií, nachádzame v literatúre a rôznych informačných zdrojoch mnoho druhov delení. V tejto časti si zmienime aspoň niekoľko z nich.

Sociálna opora je všeobecne delená do troch (Křivohlavý 2001 do štyroch) hlavných kategórií: **emocionálna, inštrumentálna, informačná** (a niekedy aj **hodnotiacia**) podpora. **Emocionálna**

**opora** sa vzťahuje na veci, ktoré ľudia, a vďaka ktorým sa cítime milovaný, akceptovaný a obdarený starostlivosťou, ktorá posilňuje našu seba-hodnotu (napr. rozhovor o probléme, poskytnutie povzbudenie/pozitívnej spätnej väzby); táto podpora má zvyčajne formu nehmotnej podpory. Naopak, inštrumentálna podpora sa vzťahuje na rôzne druhy hmotnej pomoci, ktorú iní môžu poskytovať (napr. pomoc pri starostlivosti o deti, chorých, upratovanie, poskytovanie prepravy alebo peňažné dávky). Informačná podpora predstavuje tretí typ sociálnej pomoci (ktorý je niekedy zahrnutý do inštrumentálnej kategórie pomoci) a odkazuje na pomoc, ktorú iní môžu ponúkať prostredníctvom poskytovania informácií. **Hodnotiacia opora** ako vyjadrenie úcty, rešpektu – napr. spôsob správania sa k osobe v tiesni. Posilňovanie kladného sebahodnotenia, sebaúcty. Podpora samostatnosti, povzbudzovanie alebo zdieľanie ťažkostí, „spolupútnictvo“ pri ťažkých úlohách.

Veľmi dôležitým pohľadom na rozlíšenie sociálnej opory je: a) anticipovaná(očakávaná), b) obdržaná čiže získaná sociálna opora. Schwarzer a Leppin (1992, in Hewstone, Stroebe, 2006) ju vymedzujú ako tzv. kognitívnu sociálnu oporu- vnímanú dostupnosť sociálnej opory a tzv. behaviorálnu sociálnu oporu- skutočne obdržanú pomoc. Pri očakávanej opore ide o presvedčenie človeka v tiesni, že existujú ľudia, ktorí sú pripravení v prípade potreby pomôcť. Záleží na tom, ako táto osoba vníma svoje sociálne prostredie a vzťahy ľudí k nemu. Nakoľko má pocit, že je svojím sociálnym okolím akceptovaná, nakoľko si ju vážia, majú radi, sú ochotní v prípade potreby pre ňu niečo urobiť. Záleží teda aj na sociálnom začlenení osoby v tiesni.

### a) Anticipovaná sociálna opora

Anticipovaná sociálna opora (anticipated, očakávaná - „expected“, vnímaná ako dosiahnuteľná- „perceived available“, kognitívna- „cognitive“) označuje presvedčenie, že blízke osoby sú pripravené pomôcť v prípade potreby. Reprezentuje pocit jedinca, že je ostatnými ľuďmi prijímaný, akceptovaný, že sa o neho iní zaujímajú, teda jedná sa o vnímanie jeho vlastného sociálneho začlenenia. Uvedomenie si, že druhí sú ochotní a pripravení nám pomôcť vytvára určitý pocit bezpečia, ktorý nás mobilizuje a motivuje k tomu, aby sme sa pokúsili problém vyriešiť samostatne. U tohto typu sociálnej opory predpokladáme pozitívny vplyv na zdravie a pohodu človeka.

Krause (1997, In Taylor, Lynch, 2004) zdôraznil dôležitosť anticipovanej sociálnej opory oproti získanej. Jeho teoretický výklad zahŕňa vysvetlenie, že získaná sociálna opora môže odzrkadľovať jedinecovo spokojnosť so vzťahmi, naproti tomu anticipovaná sociálna opora zohráva kľúčovú úlohu pri vyrovnávaní sa so stresormi pôsobiacimi negatívne na ľudskú psychiku.

Viera v to, že ostatní sú pripravení pomôcť v prípade potreby výrazne prispieva k znižovaniu napätia vo vzťahoch.

### b) Získaná sociálna opora

Získaná „obdržaná“ sociálna opora, nazývaná tiež „received“, behaviorálna alebo objektívna, naproti anticipovanej reprezentuje to, čo jedinec skutočne získal, tzn. emocionálne, inštrumentálne, informačné, a iné dimenzie. Je teda založená na konkrétnej skúsenosti človeka v špecifickej situácii. U získanej sociálnej opory, na rozdiel od anticipovanej, nemôžeme vylúčiť niektoré negatívne riziká. Napríklad, niekedy môžeme sociálnu oporu dostať, aj keď o ňu nestojíme alebo ju získame nejakým

nesprávnym, nevhodným spôsobom, čím sa pre nás stáva neefektívna alebo kontraproduktívna.

Dokázalo sa, že získaná sociálna opora môže zvyšovať pôsobenie stresorov. Vyplyva to z pocitu závislosti a vlastnej neschopnosti zvládnuť situáciu, ktorý človek nadobudne pri získaní tejto opory (Gore, 1979; Wheaton, 1985, In Taylor, Lynch, 2004).

Od anticipovanej sociálnej opory sa môže líšiť ako v smere precenenia, tak i v smere podhodnotenia. Príčiny týchto rozdielov môžeme hľadať tak na strane jedinca, ako aj na strane sociálneho okolia, ktoré ho obklopuje. Čo sa týka jedinca, hovoríme o určitých individuálnych osobnostných charakteristikách. Napríklad vyššia miera sebavedomia, sebahodnotenia môže výrazne prispieť k preceneniu úrovne očakávanej sociálnej opory.

Zo strany sociálneho okolia môžu nastať komplikácie, ak má potenciálny poskytovateľ sociálnej opory svoje vlastné problémy so zvládnutím danej zložitej situácie. Aby bola získaná sociálna opora účinná, musí predovšetkým spĺňať kritériá prijímateľa.

### Rozdelenie prístupov k sociálnej opore (niektoré teórie sociálnej opory)

Křivohlavý uvádza dva možné prístupy k sociálnej opore z hľadiska psychologického ponímania. V prvom rade sa jedná o vnímanie sociálnej opory v kontexte Bowlbyho teórie pripútania – **Social attachment theory** (Teória pripútania) (in Křivohlavý 2001) Bowlby študoval vzájomný vzťah detí a matiek a najmä situácie, v ktorých bolo toto puto prerušené. Zaviedol termín „**pripútanie**“ označujúce pevnú a trvalú sociálnu väzbu a popísal význam takýchto väzieb pre vývin dieťaťa. Už samotné očakávanie prerušenia takéhoto puto malo výrazne negatívny vplyv. Dá sa predpokladať, že potreba sociálnej opory je do určitej miery sytená práve potrebou pripútania - potrebou blízkych osôb v sociálnej sieti.

Druhým konceptom je sociálna opora v ponímaní zvládania záťaž - stresu (Křivohlavý, 1999). Pri riešení ťažkých životných situácií sú dôležité vybrané osobnostné charakteristiky, ale i sociálna opora a to priamo i nepriamo napr. tým, že ovplyvní spôsob zvládania ťažkosti. Sociálna opora je považovaná za jeden z najdôležitejších faktorov modifikujúcich nepriaznivý vplyv rôznych negatívnych životných situácií na psychický a fyzický zdravotný stav človeka.

**Teória podporných sociálnych vzťahov** - miera sociálnej opory súvisí s kvalitou podporných sociálnych vzťahov. Deti z rodín, ktoré sa vyznačujú dobrými podpornými vzťahmi majú vyššiu mieru vnímanej sociálnej opory. V skupinovej terapii skupina nahrádza podporné vzťahy prirodzeného prostredia. O podporné vzťahy ide i v manželstve, alebo v priateľstve.

Pierce, Sarason (1991) vymenúvajú tri hlavné charakteristiky podporných sociálnych vzťahov:

- miaru pomoci:** Do akej miery sa môže daná osoba spoľahnúť na inú osobu. Nakoľko dôveruje tomu, že jej v prípade pomoci táto osoba pomôže. (Do akej miery sa môžete spoľahnúť na túto osobu, keď máte určitý problém?)
- hĺbka vzájomných vzťahov:** Ako veľmi dôležitý je tento vzťah pre danú osobu. Nakoľko jej je oddaná. (Ako dôležitý je vzťah s touto osobou pre Vás?)
- miera medziľudských konfliktov:** Rozsah negatívnych faktorov, ktoré v styku s danou osobou vedú k zlosti (Ako často Vás táto osoba nahnevá?)

Kebza (2005) rozlišuje tri úrovne sociálnej opory:

- 1) Makroúroveň - úroveň participácie na aktivitách najbližšej komunity
- 2) Mezoúroveň – rozsah a kvalita štruktúry a podporných funkcií sociálnej siete jednotlivca
- 3) Mikroúroveň – kvalita intímnych vzťahov jednotlivca

### Sociálna opora ako uspokojovanie sociálnych potrieb:

Potreba sociálnej opory súvisí s existenciou sociálnych potrieb a ich uspokojením, či neuspokojením. K sociálnym potrebám patrí (Křivohlavý 2001):

- potreba afiliácie - sociálneho kontaktu,
- potreba priateľského vzťahu - mať človeka, ktorému je možné dôverovať,
- potreba sociálneho pripútania - napr. vzťah matka-dieťa,
- potreba vzájomnosti - starať sa o niekoho a byť objektom niečej starostlivosti,
- potreba sociálnej komunikácie - porozprávať sa s niekým,
- potreba sociálneho porovnávania -porovnávanie sa s inými,
- potreba spolupráce - prekračovať obmedzené individuálne možnosti,
- potreba zaistenia sociálneho bezpečia - proti nežiaducim útokom druhých ľudí,
- potreba pozitívneho sociálneho hodnotenia - potreba uznania vlastnej hodnoty inými, rešpektu, úcty, sociálneho uznania, pochvaly,
- potreba sociálneho zaradenia, začlenenia - byť prijatí druhými ľuďmi a patriť do určitej sociálnej skupiny,
- potreba sociálnej identity - byť „niekým“ v rámci určitej sociálnej skupiny,
- potreba lásky - byť milovaný, vážený, uznávaný taký, aký som a potreba niekoho milovať.

### Sociálna opora ako nárazník

Systém sociálnej opory je často chápaný ako určitý nárazníkový či tlmiaci systém. Niektorí autori predpokladajú, že sociálna podpora je obzvlášť dôležitá, keď je jedinec vystavený stresu, pretože funguje ako nárazník čeliaci stresu, tlmiaci nežiaduci vplyv stresu na zdravie (Koubekova 1997, Stronks et al. 1998). Tento tlmivý vplyv sa môže prejavovať rôznym spôsobom (Křivohlavý 2001):

- ovplyvnenie kognitívnej sféry osoby v núdzi** - spresnenie a ujasnenie situácie a vlastných možností riešenia situácie. Sociálna opora vo forme vypočutia, alebo poskytnutia informácii môže byť nápomocná.
- podpora sebaúcty** - sociálna opora môže zvýšiť sebaúctu, môže byť povzbudením, môže ovplyvniť subjektívne vnímanie vlastnej kompetencie, presvedčenie, že situáciu dokáže zvládnuť.
- voľba vhodnejšej stratégie** - napr. prítomnosť sociálnej opory zvyšuje pravdepodobnosť voľby stratégie aktívneho riešenia situácie.
- znižovanie negatívneho pôsobenia stresoru** - napr. odstránením stresoru

V zahraničí sa stretávame aj s rozdelením do troch hlavných smerov skúmania sociálnej opory. Prvý je obdobne ako u nás sociologický, tzn. stavia na diagnostike sociálnych vzťahov jedinca. Druhý prístup, psychologický, sa zameriava na jedincovo subjektívne vnímanie a hodnotenie poskytovanej sociálnej opory. Tretí smer je komunikačno-interakčný a diagnostikuje jednak priebeh poskytovania, prijímania a využívania sociálnej opory, jednak zvláštnosti poskytovateľa i prijímateľa, ktoré ovplyvňujú priebeh sociálnej opory (napr. konflikty v rámci sociálnej siete, dispozičné charakteristiky typu extravenzie alebo aktuálne potreby jedinca apod.) (Burlison et al. in Mareš, 2001).

### Sociálna opora v rámci rodinného prostredia

Rodinný stav sa javí ako ďalší, veľmi podstatný faktor v tejto oblasti Bakal (1992, in Kebza, 2005). Ten je často používaný ako index sociálnej opory. Myslíme tým to, či človek žije v manželstve alebo nie, či je manželstvo relatívne šťastné alebo funguje len formálne, alebo či je človek slobodný, rozvedený, ovdovelý a pod.

Psychické výhody manželstva sa však, pochopiteľne, orientujú len na tie šťastné. Ľudia žijúci v manželstve bývajú zdravší a žijú dlhšie než ľudia slobodní (Joshi, 2007). Človek zotrúvajúci v nespokojnom manželstve je pod značným stresom. Z niektorých štúdií vyplýva, že nespokojné manželstvo sa dá porovnať s ostatnými zdravotnými rizikami.

Stres všeobecne predstavuje hlavné riziko pre množstvo zdravotných problémov, manželský stres sa ale zdá byť väčším nebezpečenstvom než iné typy stresu práve preto, že je taký osobný (Joshi, 2007). Nedá sa mu vyhnúť tak ako iným druhom stresu.

Zdá sa, že osoby fyzicky zdravé, psychicky vyrovnané, s interpersonálnymi znalosťami sa ľahšie ženia či vydávajú, zotrúvajú dlhšie v manželstve a sú v manželstve spokojní. Samozrejme, neplatí to absolútne. Existujú vzťahy, ktoré i napriek emocionálnej inteligencii a interpersonálnym znalostiam partnerov nevydržali.

### Sociálna opora v rámci pracovného prostredia

V pracovnom prostredí sa vytvára celý komplex vzájomných vzťahov, formálnych i neformálnych. Je samozrejme, že i sociálne interakcie v pracovnom prostredí môžu byť závažným stresogénnym činiteľom. Možno povedať, že v rámci pracoviska nemá opora rodiny až taký významný vplyv. Nechceme však jej význam bagatelizovať. Určite významne prispieva k väčšej pohode človeka, keď sa vráti vyčerpaný zo zamestnania alebo len jednoduchou myšlienkou, že má niekoho kto ho v núdzi podrží. Priamo na pracovisku, kde vznikajú najčastejšie konfliktné situácie a nedorozumenia, je najdôležitejšia opora od pracovného okolia. Tej sa však jedincom dostáva len zriedkakedy. Podľa R. Cumminsa (in Kebza, 2005) protektívny účinok sociálnej opory pri pracovnom strese sa prejaví len vtedy, ak je táto opora obsahovo špecifická (tj. týka sa problémov, ktoré sa vyskytli v zamestnaní), a človek, ktorému sa tejto opory dostáva verí, že môže mať vplyv na svoje záležitosti (tj. musí mať vnútornú lokalizáciu kontroly).

Ako prospešnú sociálnu oporu v situácii, keď je jedinec pod veľkým pracovným tlakom, musí plniť množstvo úloh a príkazov, prípadne je i v časovej tiesni a pod dozorom nadriadeného hodnotíme takú, ktorá prichádza od nadriadeného, prípadne

spolupracovníkov a kolegov. Najvýznamnejšia je určite opora od najbližšieho nadriadeného, lebo ten má na zamestnancov priame nároky a tomu sa aj musia zodpovedať. Pomoc od spolupracovníkov a kolegov sa ukázala ako menej účinná, nie však zanedbateľná (Kebza, 2005). Pokiaľ sa nedostáva pracovníkovi pochopenie zo strany nadriadeného či už vo forme dostatku času na vypočutie si zamestnanca, lojality a záujmu, alebo opory pri riešení konkrétneho problému, psychická pohoda je tým výrazne ohrozená a narušená.

### Negatívna stránka sociálnej opory („jej odvrátená tvár“)

Až v posledných rokoch sa objavujú práce, ktoré sa zaoberajú „odvrátenou stranou“ sociálnej opory a ktoré prispievajú k tomu, že po rokoch výskumu začína byť tento zložitý fenomén analyzovaný komplexnejšie (Schwarzer, Leppin, 1991; Lu, 1997).

Existuje celá rada interpersonálnych interakcií - konflikty, odmietnutia, kritizmus, nesúhlas, prehnane nároky, útočné aktivity apod., ktoré Lepore (1992) zahrňuje pod pojem sociálna negativita („social negativity“). Úvahy o možných negatívnych dôsledkoch sociálnej opory sa objavovali najskôr v súvislosti s poskytovanou sociálnou oporou. S touto tematikou bolo v 90. rokoch publikovaných mnoho prác, zameraných na stres pomáhajúcich osôb, jednak profesionálov aj príbuzných, ktorí sa starajú o chronicky chorých. Zakrátko sa začali objavovať aj práce, ktoré uvažovali i o možných negatívnych súvislostiach so získanou sociálnou oporou. (viac in Thoits, 1995).

To, že jedinec potrebuje pomoc, môže viesť k negatívnym reakciám – najmä ak poskytovaná pomoc:

- je v rozpore s jeho predstavou o vlastnej autonómii a sebaovládaní;
- ohrozuje jeho sebaúctu, sebadôveru;
- je v rozpore so širokým chápaním toho, ako sa má zachovať „správny“ muž či žena;
- znamená riziko sebazneváženia, diskreditácie;
- navodzuje pocity bezmocnosti;
- nezodpovedá potrebám jedinca.

Dôsledkom môžu byť pocity viny, úzkosť a pocity závislosti (Lu, 1997). Dôsledky môžu byť negatívne aj pre tých, ktorí pomoc poskytujú: môžu sa objaviť pocity zaťaženia, bremena, frustrácie, pri dlhodobej či profesionálnej starostlivosti aj syndróm vyhorenia („burn-out syndróm“).

### Záver

Sociálna opora má multidimenzionálny charakter, zatiaľ neboli preskúmané všetky jej dimenzie a ich úloha v súvislosti so stresom a chorobou. Pri sociálnej opore prikladáme najväčšiu váhu tomu, ako jedinec vníma svoje okolie a či má pocit, že v ťažkej chvíli sa má na koho obrátiť. Avšak niekedy môže svoje očakávania smerovať k nesprávnej osobe. Preto je dôležité, aby si každý uvedomil, či má a ktorú osobu vo svojom okolí má na poskytnutie jednotlivých druhov sociálnej opory. Ak však tieto zdroje opory vo svojom okolí máme, je dôležité pamätať najmä na spôsob komunikácie s druhou stranou. To sa však vzťahuje nielen na interakciu pri poskytovaní, resp. prijímaní sociálnej opory, ale platí to všeobecne pre všetky sociálne vzťahy. Tvrdenia o protektívnom vplyve sociálnej opory sú jedným z pilierov vo výskume stresu.

## Literatúra

1. Atkinson, R. L. (2002). *Psychologie*, vyd. 2., Praha, Portál.
2. Arnetz, B. B., Theorell, T., Levi, L., Kallner, A., Eneroth, R.: An experimental study of social isolation of elderly people: psychoendocrine and metabolic effects. *Psychosomatic Medicine* 45, 1983,395-406.
3. Bakal, D. A.: *Psychology and health*. New York, Springer Publ. Corp. 1992.
4. Bakal, D. A.(1992). *Psychology and health*. In Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*, Praha, Academia.
5. Krause, N.: Perceived support, anticipated support, social class, and mortality. *Research on Aging* 19,1997 a, 387-422.
6. Hewstone, M., Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie. Moderní učebnice sociální psychologie*, Praha, Portál.
7. Koubeková, E. (1997) Charakteristika sociálnej podpory pubescentov v kontexte copingu. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. Roč. 32, č. 2. Bratislava: SPN. s. 107-114.
8. Krause, N.: Anticipated support, received support, and economic stress among older adults. *J. Gerontology* 52,1997 b, 284-293.
9. Krause, N., Liang, J., Gu, S.: Financial strain, received support, anticipated support, and depressive symptoms in the P.R.C. *Psychology and Aging*. (V tisku.)
10. Křivohlavý, J.: *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*, Avicenum, Praha, 1985, 08- 032-85
11. Křivohlavý, Jaro. 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada 1998. ISBN 80-7169-551-Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2
12. Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0 13. Křivohlavý, J.: *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-835-x
13. Křivohlavý, J.: Petříková, F.: Faith, meaningfulness and quality of life. In: *Studia psychologica*, 43, 2001, 3
14. Lepore, S.: Social conflicts, social support, and psychological distress: evidence of cross-domain buffering effects. *J. Personality Social Psychol.* 63, 1992,857 – 867.
15. Litwin, H., Auslander, G. K.: Evaluating informal support. *Evaluation Review* 14,1990, 42-56.
16. Lu, L.: Social support, reciprocity, and wellbeing. *J. Social Psychol.* 137,1997,618-628. 18. Mareš, J. a kol. (2001) *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nukleus. 19. McCann, B. S. et al.: Spouse support and adherence in the dietary treatment of hyperlipidemia. Paper presented at the Annual meeting of the American Psychological Association, New York 1987.
17. Pierce, G. R., Sarason, I. G., Sarason, B. R.: General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology* 61, 1991,1028 - 1039.
18. Řezáč, J. (1998). *Sociální psychologie*, Brno, Paido.
19. Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., Sarason, B. R.: Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 44,1983, 127-139.
20. Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., Sarason, I. G.: Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *J. Person. Social Psychol.* 52, 1987, 813-832.
21. Stronks, K., van de Mheen, H., Looman, C. W.,& Mackenbach, J. P. (1998). The importance of psychological stressors for socio-economic inequalities in perceived health. *Social Science & Medicine*, 46(4-5), 611-623.
22. Šolcová, I.: Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Čs. Psychologie*, 1999, XLIII, 1, s. 19-38
23. Taylor, M.G., Lynch, S.M. (2004): Trajectories of Impairment, Social Support, and Depressive Symptoms in Later Life. [Electronic version], *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*
24. Thoits, P. A.: Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? In Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*, Praha, Academia V ýrost, J., Slaměnik, I. (Eds.) (2008). *Sociální psychologie*, vyd. 2., Praha, Grada Publishing.
25. V ýrost, J., Slaměnik, I.(Eds.)(2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*, vyd. 1., Praha, Grada Publishing.

## Kontakt:

PhDr. Mgr. Slávka JUDINYOVÁ  
 Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety  
 Palackého č. 1  
 P.O. Box 104  
 810 00 Bratislava  
 25-317 Kielce  
 Slovenská republika  
 E-mail: slávka.judinyova@gmail.com

## Wpływ lęku i depresji na jakość życia kobiet po przebytej histerektomii z powodu mięśniaków macicy

### Effect of anxiety and depression on the quality of life of women after hysterectomy due to uterine fibroids

Grażyna Wiraszka, Barbara Lelonek, Małgorzata Jaszewska

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Poland, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

#### Streszczenie

**Cel:** Ocena związku między poziomem lęku i depresji a jakością życia kobiet po przebytej histerektomii z powodu mięśniaków macicy w grupie kobiet zamieszkujących w miastach oraz na terenach wiejskich.

**Material i metoda:** Przebadano 116 pacjentek poddanych zabiegowi histerektomii z powodu mięśniaków macicy leczonych w świętokrzyskim Centrum Onkologii. Jako narzędzi badawczych użyto skróconej wersji kwestionariusza jakości życia WHOQOL-BREF oraz Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS).

#### Wyniki i wnioski:

Poziom lęku i depresji ma znaczący wpływ na życie kobiet po histerektomii z powodu mięśniaków macicy. W całej badanej grupie kobiet wykazano silną korelację pomiędzy gorszą sprawnością psychiczną, a cechami lęku ( $p < 0,001$ ) i depresji ( $p < 0,001$ ). Poziom lęku i depresji był istotnie wyższy wśród kobiet po przebytej histerektomii zamieszkujących w miastach niż na terenach wiejskich ( $p < 0,05$ ).

**Słowa kluczowe:** Lęk. Depresja. Jakość życia. Histerektomia. Mięśniaki macicy.

#### Summary

**Aim:** To evaluate the relationship between the level of anxiety and depression and quality of life of women who have undergone hysterectomy with uterine fibroids in women living in urban and rural areas.

**Material and methods:** The study group comprised 116 women after hysterectomy because of fibroids, which are patients of Holy Cross Cancer Center in Kielce. Survey technique used here consists of three parts: questionnaire WHOQOL- BREF and the scale of the HADS.

**Results and conclusions:** The level of anxiety and depression has a significant impact on the lives of women after hysterectomy for uterine fibroids. In the whole group of women demonstrated a strong correlation between poorer mental efficiency, and features of anxiety ( $p < 0,001$ ) and depression ( $p < 0,001$ ). The level of anxiety and depression was significantly higher among women who have undergone hysterectomy living in cities than in rural areas ( $p < 0,05$ ).

**Key words:** Anxiety. Depression. Quality of life. Hysterectomy. Uterine fibroids.

Ryzyko wystąpienia mięśniaków jest ciągle dyskutowane i badane. Zaliczane są one do łagodnych nowotworów [1] i najczęstszych nowotworów niezłośliwych macicy [2]. Do czynników ryzyka wpływających na rozwój mięśniaków zaliczane są: wczesna *menarche*, późne lata reprodukcyjne, otyłość, nierództwo oraz przyjmowanie tamoksifenu. Zmniejsza to ryzyko okres pomenopauzalny, wielorództwo oraz palenie tytoniu [3]. Niektóre z doniesień wskazują na związek diety mięsnej (czerwone mięso) z częstszym występowaniem mięśniaków, natomiast inne wiążą intensywne ćwiczenia fizyczne we wczesnym okresie rozrodczym z blisko 1,5 razy niższym ryzykiem wystąpienia tych łagodnych guzów macicy w przyszłości [4]. W literaturze wspomina się o związkach występowania tego schorzenia z pochodzeniem – kobiety rasy czarnej w USA są narażone na częstsze występowanie mięśniaków, wcześniejsze ich pojawienie się, a także bardziej nasilone objawy [5]. Związane jest to z jednej strony z większym odsetkiem w tej grupie kobiet otyłych, a z drugiej prawdopodobnie z różnicami rasowymi w metabolizmie estrogenów [5, 6]. Pomimo braku statystycznych porównań, w wielu częściach świata mięśniaki macicy uważa się za powszechne schorzenie kobiece [5]. Dokładne dane epidemiologiczne oceniające występowanie mięśniaków macicy w populacji nie są znane, gdyż w większości badań dotyczących częstości występowania tego schorzenia dokonuje się szacunków tylko na podstawie rozpoznai klinicznych lub obrazowych badań diagnostycznych (ultrasonografia przezpochwowa lub

przezbrzuszną), co zaniża rzeczywistą częstość występowania choroby [3, 7]. Do dnia dzisiejszego nie jest znany czynnik inicjujący powstawanie mięśniaków. Według współczesnych poglądów mięśniaki uważane są za guzy monoklonalne, wywodzące się z pojedynczej komórki mięśniowej, zmienionej nowotworowo [4]. W chirurgii ginekologicznej bardzo mocno zaznacza się tendencja do rezygnowania z terapii radykalnej na rzecz procedur oszczędzających. Dlatego też na całym świecie zwiększa się odsetek operacji oszczędzających z pozostawieniem szyjki macicy oraz przydatków [8, 9]. Jednakże nadal stosowane są również metody leczenia wiążące się z usunięciem narządu rodniego, co może znacząco wpływać na dalsze życie kobiet oraz uzyskiwaną z niego satysfakcję.

Pojęcie „satysfakcja z życia” określane także jako jakość życia, dobrostan, dobrobyt, szczęście ma wiele znaczeń i jest przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych. Jest zjawiskiem i pojęciem wieloznacznym i wielowymiarowym [10]. Jedną z pierwszych definicji jakości życia ujmuje satysfakcję życiową jako wypadkową integracji osobowych właściwości oraz subiektywnych i obiektywnych wskaźników dobrostanu utożsamia zadowolenie z życia ze szczęściem i jego zdaniem oznacza ono częstość i intensywność przyjemnych emocji doświadczanych przez człowieka. Zdaniem Veenhovena, zadowolenie z życia oznacza stopień w jakim osoba ocenia pozytywnie własne życie jako całość [10]. Zwraca on uwagę na słabe związki zadowolenia z życia z różnymi wskaźnikami

obiektywnymi. Czapiński określa zadowolenie z życia jako emocjonalny i/lub poznawczy bilans życia na wymiarze wartościującym (przyjemne-przykre, dobre- złe) [10, 11]. Jakość życia została także zdefiniowana jako ekspresja tego, jak dobre jest życie. Ekspresja ta wyraża się w uczuciach radości, które dotyczą bytu, poczucia przynależności oraz urzeczywistniania się człowieka [12]. Jakość życia psychicznego według Kowalika należy rozważać przy pomocy pojęcia przeżycia [13]. Jest to więc suma przeżyć doświadczanych przez człowieka w przeciągu określonego odcinka czasu. Pojęcie satysfakcji z życia jest także definiowane w kontekście stanu zdrowia. Definicja taka została wprowadzona m.in. przez Schipperera [14]. Ujmuje ona jakość życia jako spostrzegany przez pacjenta wpływ choroby i przebiegu jej leczenia na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej. Inną definicję proponują Gotay, McCabe i Moor określając jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia jako stan dobrego samopoczucia, składającego się z dwóch elementów: zdolności radzenia sobie z codziennymi zadaniami oraz satysfakcji człowieka z funkcjonowania we wszystkich obszarach [13, 14]. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia dotyczy czterech podstawowych wymiarów: stanu fizycznego i sprawności ruchowej, stanu psychicznego, sytuacji społecznych warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych [13].

### Cel pracy

Głównym celem niniejszych badań była ocena związku między poziomem lęku i depresji a jakością życia kobiet po przebytej histerektomii z powodu mięśniaków macicy w grupie kobiet zamieszkujących w miastach oraz na terenach wiejskich.

### Material i metoda

Badania przeprowadzone zostały od stycznia do czerwca 2014 r. wśród 116 pacjentek poddanych zabiegowi histerektomii z powodu mięśniaków macicy, leczonych w poradni ginekologicznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w

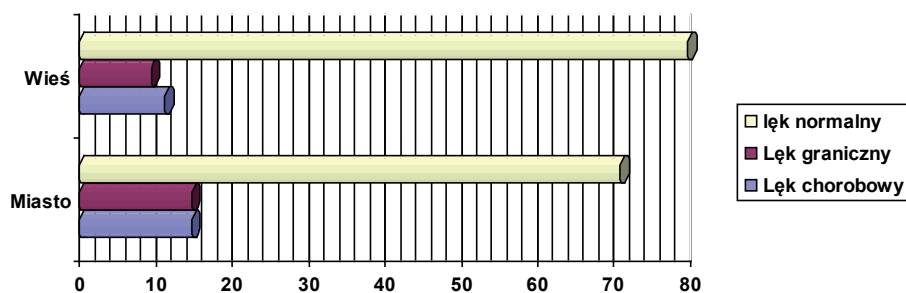
Kielcach. Badane kobiety pozostawały w przedziale wiekowym 30-76 lat, a najwięcej bo 40% badanych stanowiły osoby w wieku 51-60 lat. Wśród badanych przeważały mężatki (64,7%), kobiety posiadające dzieci (78,1%), z wykształceniem średnim (56%) i mieszkające w mieście (57%). Większość (21,6%) badanych była w okresie 1-3 lat od przebytej histerektomii. Metodą laparoskopową było leczonych 65,5% kobiet, a drogą laparotomii 34,5%.

Zastosowaną metodą był sondaż diagnostyczny, a jako narzędzia badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, skróconą wersję kwestionariusza jakości życia WHOQOL-BREF oraz Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS). WHOQOL BREF jest narzędziem stosowanym do pomiaru jakości życia ludzi zdrowych i chorych, dla celów poznawczych i klinicznych. Kwestionariusz składa się z 26 pozycji, pogrupowanych w 4 dziedziny - fizyczną, psychologiczną, społeczną, środowiskową. Pacjent odpowiada na pytania na skali od 1 do 5. Im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia. Punktację dla dziedzin ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w ich skład [15]. Szpitalna Skala Lęku i Depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) składa się z dwóch niezależnych podskal mierzących poziom lęku i depresji. Każda z nich zawiera siedem stwierdzeń dotyczących aktualnego stanu badanego. Za każdą odpowiedź respondent może uzyskać od 0 do 3 punktów [16].

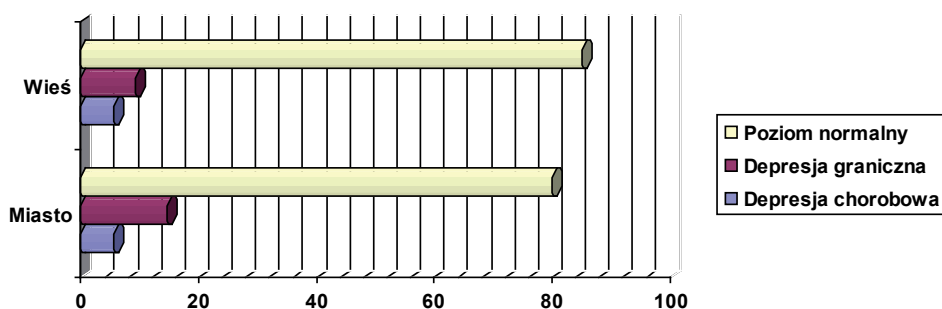
W analizie statystycznej przy testowaniu różnic między większą liczbą grup niezależnych zastosowano test Kruskala-Wallisa. Analizę korelacji przeprowadzono stosując test r-Spearmana.

### Wyniki badań

W badanej grupie kobiet dominowały objawy lęku a także depresji o normalnym nasileniu. Poziom typowy dla choroby i graniczny zarówno lęku jak też depresji był nieco wyższy w grupie mieszkanki miasta (rycyna 1 i 2).



Rycina 1. Poziom lęku typowy dla choroby, graniczny i normalny w grupie mieszkanki miast i wsi na podstawie skali HADS



Rycina 2. Poziom depresji typowy dla choroby, graniczny i normalny w grupie mieszkanki miast i wsi na podstawie skali HADS

Jak pokazują dane zawarte w tabeli 2 wartości średnie zarówno objawów mierzonych na skali depresji jak też lęku były istotnie wyższe w grupie kobiet po histerektomii - mieszkanek miast.

**Tabela 1.** Wyniki Szpitalnej Skali Lęku i Depresji uzyskane od kobiet po histerektomii w podgrupach mieszkanek miast i mieszkanek wsi (\* $p < 0,05$ )

Kategorie skali HADS	Mieszkanki miast (N=66)	Mieszkanki wsi (N=50)
	Średnia $\pm$ SD	Średnia $\pm$ SD
Lęk	6,55 $\pm$ 3,70*	4,85 $\pm$ 3,66
Depresja	3,87 $\pm$ 3,49*	2,87 $\pm$ 3,50

Nasilenie objawów lęku jak też depresji mierzone na skali HADS istotnie korelowało z poziomem jakości życia ocenianym na skali WHOQOL BREF w obszarze psychologicznym ( $p < 0,001$ ) i społecznym ( $p < 0,001$ ). Korelacja dotyczyła również ogólnej percepcja QoL ( $p < 0,01$  i  $p < 0,001$ ) oraz percepcji zdrowia ( $p < 0,5$  i  $p < 0,001$ ).

**Tabela 2.** Korelacje pomiędzy wynikami Kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHOQoL-BREF a wynikami skali HADS w badanej grupie kobiet po histerektomii

WHOQOL-BREF	HADS	
	Lęk	Depresja
Indywidualna ogólna percepcja jakości życia	-0,32 **	-0,41 ***
Indywidualna ogólna percepcja własnego zdrowia	-0,33 *	-0,41 ***
Dziedzina fizyczna	-0,21	-0,27
Dziedzina psychologiczna	-0,53 ***	-0,57 ***
Dziedzina społeczna	-0,40 ***	-0,56 ***
Środowisko	0,18	-0,20

Wykazano wysoką korelację między dziedziną psychologiczną a większym nasileniem lęku ( $p < 0,001$ ), i depresji ( $p < 0,001$ ), a także pomiędzy gorszym funkcjonowaniem społecznym, a wyższym nasileniem cech lęku ( $p < 0,001$ ), i depresji ( $p < 0,001$ ). W podgrupie kobiet zamieszkujących miasta nie wykazano korelacji pomiędzy parametrami skali HADS, a dziedziną fizyczną ( $p > 0,05$ ), środowiskiem ( $p > 0,05$ ), a także indywidualnym postrzeganiem jakości własnego życia ( $p > 0,05$ ) i zdrowia ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 3.** Korelacje pomiędzy dziedzinami jakości życia wg Kwestionariusza WHOQOL-BREF a skalą HADS w podgrupie kobiet zamieszkujących miasta.

WHOQOLBREF	HADS	
	lęk	depresja
Indywidualna ogólna percepcja jakości życia	-0,6	-0,30
Indywidualna ogólna percepcja własnego zdrowia	-0,21	-0,30
Dziedzina fizyczna	-0,27	-0,27
Dziedzina psychologiczna	-0,49 **	-0,59 ***
Dziedzina społeczna	-0,43 ***	-0,65 ***
Środowisko	-0,20	-0,25

Jak wskazuje tabela 4, nie stwierdzono korelacji pomiędzy kondycją fizyczną i funkcjonowaniem w środowisku, a kategoriami Skali HADS. Wykazano natomiast wysoką korelację między gorszą ogólną percepcją jakości życia i zdrowia a większym nasileniem depresji ( $p < 0,001$ ) i lęku ( $p < 0,001$  i  $p < 0,05$ ). W tej grupie kobiet po histerektomii zamieszkujących wsie stwierdzono wysoką korelację pomiędzy funkcjonowaniem psychologicznym, a poziomem lęku ( $p < 0,001$ ) i depresji ( $p < 0,001$ ). Gorsze relacje w dziedzinie społecznej wiązały się z wyższym nasileniem lęku ( $p < 0,05$ ) i depresji ( $p < 0,01$ ).

**Tabela 4.** Korelacje pomiędzy wynikami Kwestionariusza WHOQOL-BREF a wynikami skali HADS w podgrupie kobiet zamieszkujących wsie

Domeny WHOQOL BREF	HADS	
	Lęk	Depresja
Indywidualna ogólna percepcja jakości życia	-0,56 ***	-0,55 ***
Indywidualna ogólna percepcja własnego zdrowia	-0,36 *	-0,47 ***
Dziedzina fizyczna	-0,14	-0,28
Dziedzina psychologiczna	-0,58 ***	-0,54 ***
Dziedzina społeczna	-0,36 *	-0,50 **
Środowisko	-0,19	-0,20

## Dyskusja

Wskazania do amputacji nadszyjkowej macicy nie zostały jednoznacznie ustalone, ale zdaniem większości autorów obejmują one między innymi oczekiwanie pacjentki co do zachowania po operacji prawidłowych funkcji seksualnych. Niemało pacjentek prosi o pozostawienie szyjki macicy, ponieważ uważają (choć nie ma na to jednoznacznych dowodów naukowych), że odgrywa ona istotną rolę w osiągnięciu satysfakcji seksualnej. Zwolennicy postępowania oszczędzającego (pozostawienia szyjki podczas operacji) są zdania, że usunięcie szyjki prowadzi do skrócenia pochwy wpływając tym samym niekorzystnie na jakość życia seksualnego, zwiększa częstość powikłań około- i pooperacyjnych, wydłuża czas operacji, zwiększa prawdopodobieństwo wypadania kikuta pochwy, może powodować powstanie nieprawidłowej ziarniny w kikucie pochwy oraz stwarza ryzyko krwawienia z kikuta pochwy w okresie pooperacyjnym [17]. W niniejszym badaniu stan emocjonalny kobiet po przebytej histerektomii oceniany na podstawie nasilenia objawów lękowych i depresyjnych, wskazują iż te negatywne emocje były istotnie wyższe wśród kobiet po przebytej histerektomii zamieszkujących w miastach ( $p < 0,001$ ) niż na terenach wiejskich. W badanej grupie kobiet wykazano silną korelację pomiędzy gorszą sprawnością psychiczną, a cechami lęku i depresji. Gorsze funkcjonowanie społeczne związane było z większym nasileniem cech depresji, a gorsza ogólna percepcja jakości życia i gorsza ocena własnego zdrowia związana była z większym nasileniem lęku i depresji. Wykazano słabą, ujemną korelację pomiędzy dziedziną fizyczną a cechami depresji, co oznacza, że osoby o słabszej kondycji fizycznej prezentowały większe nasilenie depresji.

Jak jednoznacznie wynika z licznych przeprowadzonych w tej mierze badań, histerektomia stanowi czynnik ryzyka

wystąpienia nietrzymania moczu w okresie pooperacyjnym. Naruszenie integralności mięśni i tkanki łącznej dna miednicy oraz wtórne odnerwienie tych struktur, a częściowo także i pęcherza moczowego (udokumentowane szczególnie w przypadku przezbrzusznego całkowitego wycięcia macicy), wydają się być czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu po operacji. Ingerencja w struktury anatomiczne dna miednicy oraz pęcherza moczowego jest zdecydowanie mniejsza w przypadku nadszyjkowej amputacji trzonu macicy [2, 8, 9].

## Wnioski

1. Poziom lęku i depresji był istotnie wyższy wśród kobiet po przebytej histerektomii zamieszkujących w miastach niż na terenach wiejskich i miał znaczący wpływ na życie wszystkich badanych, a zwłaszcza na funkcjonowanie psychiczne i społeczne jak też indywidualną oceną jakości życia i zdrowia.
2. Mieszkanek miast podobnie jak mieszkanki wsi wykazywały silny związek lęku i depresji ze sferą psychologiczną, natomiast w przypadku funkcjonowania społecznego, związek ten był słabszy w grupie mieszkanki wsi, zwłaszcza w powiązaniu z cechami lęku.
3. Ogólna percepcja jakości życia i zdrowia wykazywała związek z poziomem lęku i depresji w grupie mieszkanki wsi w odróżnieniu od kobiet zamieszkujących w miastach.

## Piśmiennictwo

1. Markowska, J. *Mięśniaki macicy*. Wyd. PZWL, Warszawa, 2001.
2. Rechberger, T. *Histerektomia nadszyjkowa. Wytyczne The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*. Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo 2011, 1, s. 25-29.
3. Zieliński, J. *Ginekologia onkologiczna. Wiedza i humanizm*. Borgis, Warszawa 2008, s. 17-21.
4. Knapp, P. Chabowski, A. *Molekularne i cytogenetyczne podstawy rozwoju mięśniaków macicy*. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej 2012, 66, s. 23-32.
5. Hehenkamp, WJ. Volkers, NA. Broekmans, FJ. et al. *Loss of ovarian reserve after uterine artery embolization: a randomized comparison with hysterectomy*. Human Reproduction 2009, 5, s. 22-23.
6. Markowska, A. Słomko, Z. *Mięśniaki macicy*. [W:] Słomko, Z. (red.): Ginekologia. PZWL, Warszawa 2008, s. 691-699.
7. Farquhar, CM. Sadler, L. Stewart, AW. *A prospective study of outcomes five years after hysterectomy in premenopausal women*. Australian and New Zealand Journal Obstetrics and Gynaecology 2008, 48(5), s. 510-6.
8. Seracchioli, R. Mabrouk, M. Manuzzi, L. *Role of laparoscopic hysterectomy in the management of endometrial cancer*. Current Opinion Obstetrics and Gynecology 2008, 20, s. 337-344.
9. Antosiak, B. Makowska, J. Malinowski, A. *Całkowite laparoskopowe wycięcie macicy- wskazania i powikłania u 158 pacjentek*. Ginekologia Polska 2013,

84, s. 252-257.

10. Trzebiatowski, J. *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych- systematyzacja ujęć definicyjnych*. Hygeia Public Health 2011, 46 (1), s. 25-31.
11. Stasiewicz, W. *Ocena i analiza jakości życia*. Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2004.
12. Dziurawicz – Kozłowska, A. *Psychologia jakości życia*. Wydaw. SWPS, Warszawa 2002, s. 77-79.
13. Jaracz, K. *Adaptacja kulturowa narzędzi badawczych do oceny jakości życia*. [W:] WOŁOWICKA, L. (red.): *Jakość życia w naukach medycznych*. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001, s. 281-289.
14. Dolińska-Zygmunt, G. *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 209- 251.
15. Wołowicka, L. Jaracz, K. *Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref*. [W:] Wołowicka, L. (red.): *Jakość życia w naukach medycznych*. Wydawnictwo Uczelniane AM, Poznań 2001, s. 233-16.
16. Majkowicz, M. *Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane 133 techniki badawcze*. [W:] De Walden-Gałuszko, K. Majkowicz, M. *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Akademia Medyczna, Gdańsk 2000, s. 21-42.
17. Bręborowicz, G. Banaszewska, B. *Położnictwo i ginekologia. T.2 - Ginekologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 812-816.

## Kontakt:

Grażyna WIRASZKA  
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Al. IX Wieków Kielc 19  
25-317 Kielce  
Poland  
E-mail: grazyna.wiraszka@ujk.edu.pl



## Recidivujúci spinálny subdurálny hematóm

### Recurrent Spinal Subdural Hematoma

Marián Šanta, Imrich Andrási

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

#### Abstrakt

64-ročný muž bol v minulosti opakovane riešený pre úrazy hlavy a počas poslednej 1,5 dňovej hospitalizácie exitoval. Pre akútny intrakraniálny subdurálny hematóm mu bola v roku 2013 vykonaná dekompresívna kraniotómia a odsatie subdurálneho hematómu. Po páde na hlavu v decembri 2015 bol v permanentnej kóme a CT vyšetrením bola zistená zlomenina okcipitálnej kosti vľavo, početne pomliaždenia mozgu, generalizované krvácanie do likvorových priestorov a subdurálny hematóm v zadnej lebečnej jame so šírením intraspínálne. Počas sekcie bol okrem intrakraniálneho subdurálneho hematómu zistený aj difúzny subdurálny hematóm, šíriaci sa do spinálneho kanála z krčnej až do oblasti hrudníkovej chrbtice. Spinálny subdurálny hematóm je zriedkavo diagnostikovaný stav, ktorý vzniká buď na podklade priameho úrazového poškodenia, alebo ako následok rôznych iných pridružených patologických stavov.

**Kľúčové slová:** Spinálny subdurálny hematóm.

#### Abstract

A 64-year-old man has been repeatedly treated for head injuries and has gone out during the last 1.5 days of hospitalization. For acute intracranial subdural hematoma, decompressive craniotomy and suction of subdural hematoma were performed in 2013. After fall on head in December 2015, a fracture of the occipital bone on the left, numerous crushing of the brain, generalized bleeding into the cavities and a subdural hematoma in the rear cranial jam with intraspinal spread were detected in the permanent coma by CT examination. During the section, in addition to the intracranial subdural hematoma, a diffuse subdural hematoma was also found, spreading to the spinal canal from the cervical to the chest spine. Spinal subdural hematoma is a rarely diagnosed condition that arises either on the basis of direct accidental injury or as a consequence of various other associated pathological conditions.

**Key words:** Spinal subdural hematoma.

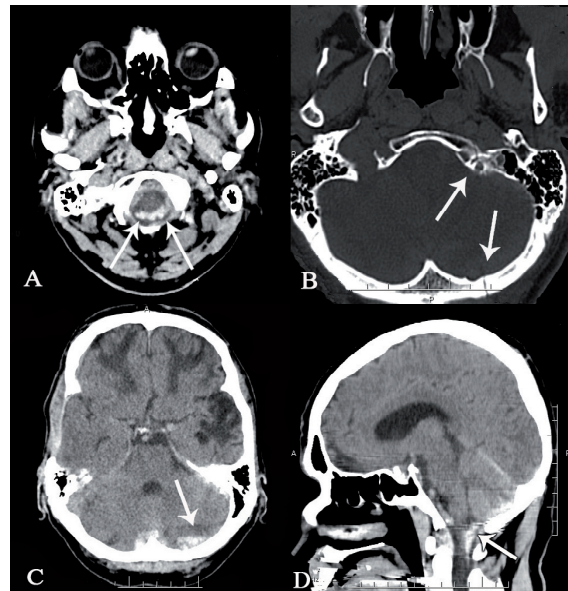
#### Úvod

Nahromadenia krvi v spinálnom kanáli (*epidurálne, subdurálne aj intramedulárne*) sú v medicínskej praxi aj v dostupnej literatúre extrémne vzácne popisované. V publikovaných prácach sa ako príčina uvádzajú posttraumatický presun z intrakraniálneho subdurálneho priestoru do subdurálneho priestoru miechy (Balík, 2013), krvácanie po lumbálnej punkcii, stavy po podávaní antikoagulancií (Lee, 2015) alebo vrodený výskyt anomálnych ciev. Vo väčšine prípadov sa však príčina spontánneho spinálneho subdurálneho hematómu nezistila (Metzger, 1991, Al, 2009). Krvácanie bolo popísané vo všetkých častiach spinálneho kanála, ale medzi najčastejšie uvádzané patrí hematóm lumbálnej alebo torakolumbálnej oblasti. Medzi typické klinické prejavy subdurálneho spinálneho krvácania patrí náhla bolesť chrbta, niekedy vyžarujúca do ramien, alebo do dolných končatín, prípadne do rôznych oblastí trupu. Pozorované boli aj rôzne motorické, senzitivné alebo autonómne poruchy (Al, 2009), menej často intenzívne bolesti hlavy (Oh, 2015). Liečba subdurálneho spinálneho nahromadenia krvi závisí od rozsahu stupňa a klinických symptómov a môže byť konzervatívna alebo chirurgická (Lee, 2015).

#### Kazuistika

64-ročný muž, chronický etylik, epileptik, liečebný režim nedodržiaval. V posledných uplynulých piatich rokoch pred smrťou bol opakovane riešený pre úrazy hlavy, záchvatovité stavy aj poruchy vedomia. V roku 2007 utrpel zlomeninu pyramidy spánkovej kosti. V roku 2013 bol hospitalizovaný pre zlomeninu záhľavnej kosti vľavo so subdurálnym intrakraniálnym krvácaním supratentoriálne vpravo, subarachnoidálnym zakrvácaním a

edémom mozgu. Bola mu vykonaná dekompresívna kraniotómia frontotemporoparietálne vpravo, evakuácia hematómu a plastika tvrdej pleny mozgu.



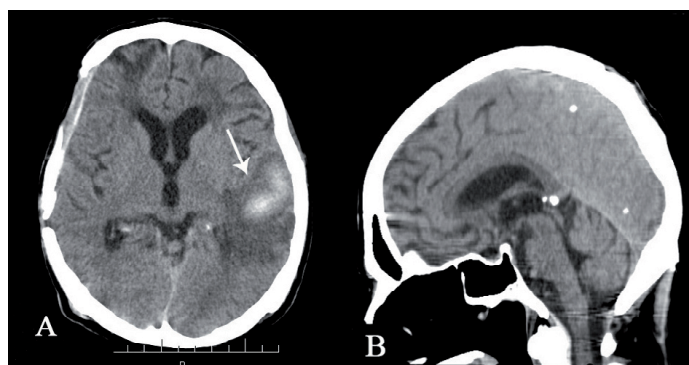
**Obr. 1 A** – CT vyšetrenie v transversálnej rovine, subdurálne nahromadenie intraspínálne v oblasti predĺženej miechy.

**1 B** – zlomenina ľavej okcipitálnej kosti a ľavej časti prvého krčného stavca - atlasu.

**1 C** – CT vyšetrenie v transversálnej rovine, ľavostranné subdurálne aj subarachnoidálne nahromadenie krvi v oblasti mozoka vľavo.

**1 D** – CT vyšetrenie v sagitálnej rovine, viditeľný subdurálny hematóm v zadnej jame a čiastočne aj v spinálnom kanáli hornej časti krčného spinálneho kanála. Archív autorov.

V auguste 2015 bol prijatý do rajónnej nemocnice a bezprostredne vykonané CT vyšetrenie dokázalo zlomeninu záhlavnej kosti vľavo s krvácaním pod tvrdú plenu (Obr. 1). Subdurálne nahromadenie krvi sa zobrazilo v oblasti predĺženej miechy aj zadnej lebečnej jamy vľavo. Po starostlivom posúdení aktuálneho klinického stavu bol zvolený konzervatívny spôsob liečenia. Hlavným dôvodom zvolenej taktiky liečby bol pomerne dobrý klinický stav pacienta a CT nález, podľa ktorého nebolo možné jednoznačne sa rozhodnúť o mieste a spôsobe najvýhodnejšej intervencie. Pacient bol po niekoľkodňovom preliečení a zlepšení celkového stavu preložený na psychiatrickú liečebňu. Ešte pred prepustením z chirurgického oddelenia v septembri 2015 bolo vykonané kontrolné CT mozgu, ktoré dokázalo vymiznutie subdurálneho nahromadenia a poúrazové zmeny v spánkovom laloku vľavo, hemoragickú kontúziu mozgu v štádiu rezorpcie (Obr. 2). V subdurálnom priestore už neboli viditeľné krvné kolekcie.



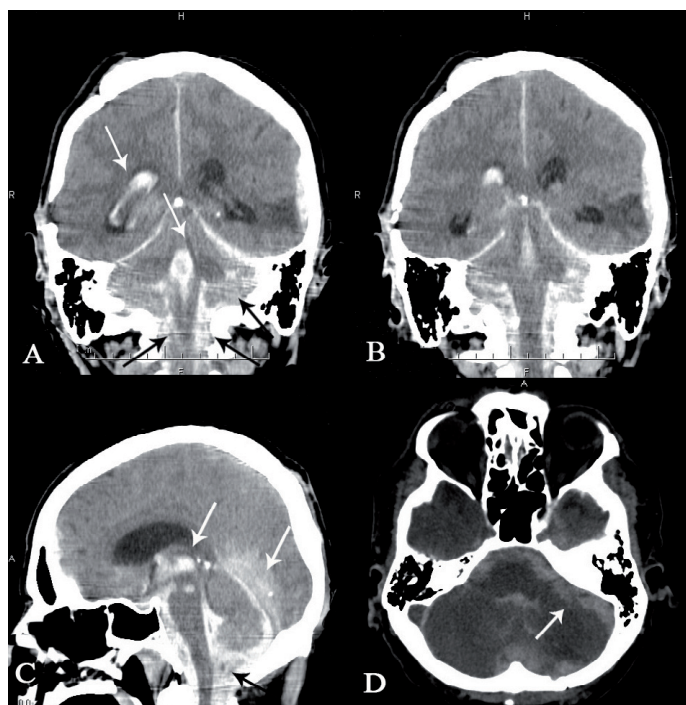
**Obr. 2 A** – intracerebrálna kontúzia a hematóm v ľavom temporálnom laloku v štádiu rezorpcie.

**2 B** – CT vyšetrenie v sagitálnej rovine - známky rozsiahlej atrofie mozgu a mozočka, v subdurálnom priestore už nie sú viditeľné známky subdurálneho nahromadenia. Archív autorov.

V decembri 2015 bol opäť transportovaný do spádovej nemocnice záchrannou zdravotnou službou s údajmi o páde na chrbát. Podľa očitých svedkov spadol, udel si hlavu a ostal ležať v bezvedomí na autobusovej zastávke. V ťažkom bezvedomí (GCS=3), zaintubovaný, bol prijatý na ARO. CT vyšetrením mozgu bezprostredne po prijatí do nemocnice boli zistené:

- drobnoložiskové pomliaždenia na spodine oboch frontálnych aj ľavého temporálneho laloka mozgu
- krvácanie do pravej bočnej, III. aj IV. komory mozgu
- subdurálna kolekcia vľavo okcipitálne, v oblasti pons Varoli, obojstranne v zadnej jame aj v krčnej oblasti spinálneho kanála okolo predĺženej miechy, bez presunu stredočiarových štruktúr
- difúzny edém mozočka s obojstranným subarachnoidálnym zakrvácaním
- zlomenina záhlavnej kosti v identickej oblasti ako štyri mesiace pred úmrtím, ktorá prechádzala cez okcipitálnu kosť do pyramídy temporálnej kosti vľavo
- zlomenina ľavej polovice prvého krčného stavca. Kvôli rozsiahlemu difúznemu poškodeniu mozgu a rozsahu krvácania nebola indikovaná operácia. Po kontrolnom CT vyšetrení o 24 hodín po úraze bolo konštatované, že supratentoriálne zmeny sú bez progresie, ale infratentoriálne boli zistené ďalšie rozsiahle sekundárne krvácania do mozgového kmeňa aj do mozočka vľavo.

Zvýraznil sa celkový edém mozgu, ktorý zodpovedal ťažkému stupňu. Po podaní kontrastnej látky počas CT vyšetrenia sa cievy mozgu nezobrazili. Pacient zomrel po 1,5 dňovej hospitalizácii na celkové zlyhanie centrálnych nervových štruktúr.



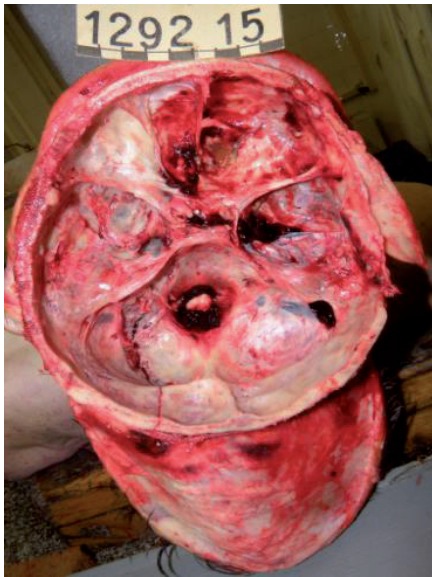
**Obr. 3 A** – CT vyšetrenie vo frontálnej rovine, krvácanie do pravej bočnej komory, IV.komory a subdurálna kolekcia vľavo okcipitálne, obojstranne v zadnej jame a v krčnej oblasti spinálneho kanála.

**3 B** – masívna subdurálna kolekcia okolo predĺženej miechy a v krčnej časti spinálneho kanála.

**3 C** – CT vyšetrenie v sagitálnej rovine, masívne zakrvácanie supratentoriálne okcipitálne, krvácanie do III. aj IV.komory mozgu, významný subdurálny hematóm v oblasti pons Varoli, predĺženej miechy aj krčného spinálneho kanála.

**3 D** – CT vyšetrenie v transversálnej rovine, ľahký difúzny edém mozočka s obojstranným subdurálnym aj subarachnoidným zakrvácaním. Archív autorov.

Pitva bola vykonaná na druhý deň po úmrtí. Na lebke bol evidentný vpravo frontotemporoparietálne stav po dekompresívnej kraniotómii. V zadnej lebečnej jame bol evidentný akútny subdurálny hematóm s hmotnosťou 46 g a hrúbkou 5 mm. Po odstránení tvrdej pleny mozgu bola zistená zlomenina záhlavnej a spánkovej kosti vľavo, vetviaca sa do temenných kostí. Mozog vykazoval známky výrazného edému s cerebelomedulárnym kónusom. Štruktúry a obsah zadnej lebečnej jamy vykazovali obraz výraznej autolýzy. V oblasti mozgového kmeňa (pons, medulla oblongata) bolo viditeľné rozsiahle subarachnoidálne krvácanie hrúbky do 8 mm a zúženie komorového systému mozgu s druhotnými krváciami do mozočka vľavo. Pretože v zadnej lebečnej jame bol viditeľný subdurálny hematóm, šíriaci sa kaudálne, indikovaná bola aj pitva krčnej a hrudníkovej miechy. V tejto lokalizácii bol zistený splývavý spinálny subdurálny hematóm v celom odpitvanom rozsahu (Obr. 4).



**Obr. 4** Pohľad na lebečnú bázu počas sekcie. Zlomenina záhlavnej a spánkovej kosti vľavo. Obojstranne sú viditeľné zvyšky subdurálneho hematómu. Zreteľné sú kolekcie krvi vo foramen magnum v okolí predĺženej miechy. Archív autorov.

Mikroskopickým vyšetrením pomocou HE, Palmgrena a NSE farbenia boli dokázané v corpus callosum a aj v dorzolaterálnych častiach ponsu prejavy difúzneho axonálneho poškodenia. Okrem sporadických čerstvých pomliaždení kóry mozgu boli prítomné aj hypoxické zmeny neurónov, ktoré boli evidentné aj v krčnej mieche. V kraniaálnych častiach krčnej miechy bolo okrem spinálneho subdurálneho hematómu zistené aj subarachnoidálne krvácanie. Ako bezprostredná príčina smrti bol uvedený v pitevnom protokole traumatický edém mozgu s cerebelomedulárnym kónusom.



**Obr. 5** Pohľad pri sekcii krčnej chrbtice a miechy po otvorení tvrdého obalu. V celom priebehu viditeľné subdurálne zakrvácanie. Foto z archívu autorov.

## Diskusia

Všeobecné pravidlá vzniku a priebehu intrakraniálnych subdurálnych hematómov, popisované klinickými pozorovaniami aj v experimentálnych modeloch, neplatia pre intraspínálny priestor (Post). V ňom je anatomická aj fyziologická situácia v porovnaní

s relatívnou pohyblivosťou mozgu iná:

- pohyblivosť miechy vo vnútri spinálneho kanála je menšia,
- celkové pomery sú stiesnenejšie,
- fixácia miechy v porovnaní s mozgom je rozdielna,
- cievne zásobenie miechy je zásadne odlišné od architektúry magistralných mozgových ciev,
- atrofie miechy nebývajú také časté ani také typické ako pri mozgovom tkanive.

Všetky uvedené skutočnosti vysvetľujú, prečo je subdurálne nahromadenie intraspínálne extrémne zriedkavé. Neslobodno zabudnúť aj na podstatne odlišný mechanizmus úrazov v oblasti chrbtice, osobitne krčnej (Ginelliová a kol, 2016).

V raritne publikovaných prácach, pojednávajúcich o subdurálnom nahromadení krvi v spinálnom kanáli, sa ako príčina uvádza posttraumatický presun z intrakraniálneho subdurálneho priestoru do subdurálneho priestoru miechy (Balík, 2013), stav po spinálnej punkcii (Domenicucci, 1999), častejšie sú popisované situácie po podávaní liekov, napríklad antikoagulancií (Lee, 2015) alebo perzistencia anomálnych spinálnych ciev (Farkašová Iannaccone a kol, 2012). V niektorých prípadoch spontánneho spinálneho subdurálneho hematómu sa príčina krvácania nezistila ani pitvou (Hamaguchi, 2008, Metzger, 1991, Al, 2009).

Popísaný stav považujeme za recidivujúci akútny intraspínálny subdurálny hematóm, spôsobený presunom z intrakraniálneho priestoru intraspínálne a to opakovane. Už CT vyšetrenie z augusta 2015 (Obr. 1) dokázalo prítomnosť krvi v oblasti predĺženej miechy. Na základe vyhodnotenia dostupnej obrazovej dokumentácie z paraklinických vyšetrení je možné predpokladať, že zatiaľ čo v prednej lebečnej jame sa pri vzniku krvácania uplatnil mechanizmus roztrhnutia premošťujúcich kortikálnych vén, v zadnej lebečnej jame bolo príčinou vzniku subdurálneho nahromadenia pravdepodobne mechanické poškodenie tvrdej pleny mozgu v oblasti sinus sigmoideus alebo sinus transversus vľavo pri zlomenine okcipitálnej kosti. Naše tvrdenie podporujú aj početné laboratórne vyšetrenia, ktoré dokázali, že:

- posledných 5 rokov života pacient užíval, nepravidelne, ale indikované, antikoagulanciá. Samozrejme, s ohľadom na anamnestické údaje a disciplínu pacienta, faktory krvného zrážania boli dlhodobo na dolných hraniciach normy.
- trpel chronickou neliečenou formou diabetes mellitus II. typu, čo okrem chronického etylizmu výrazne prispieva k celkovému poškodeniu cievneho systému.
- pri opakovaných vyšetreniach bola zistená hypertenzia, pohybujúca sa na hodnotách 170/110 torr, bez adekvátnej liečby. Táto skutočnosť slúži ako podporný faktor šírenia krvácania po úraze.
- s ohľadom na životosprávu (*chronický alkoholizmus, podvýživa*) bol pacient postihnutý aj miernu hypoproteinémiou.
- v krvnom obraze bol zaznamenaný opakovane permanentný pokles trombocytov aj ďalších krvných elementov.
- v r. 2013 sa podrobil dekompresívnej kraniotómii s revíziou a evakuáciou akútneho subdurálneho hematómu vo frontotemporoparietálnej oblasti a následnej plastike tvrdej pleny mozgu. Tento charakter poranenia, aj následná intrakraniálna intervencia, v

zásade predpokladá narušenie fyziologických pomerov. Aj kvôli celkovej atrofii mozgu a mozočka existuje predpoklad narušenia fyziologických priestorov medzi jednotlivými mozgovými obalmi a možné je aj ich patologické prepojenie. Nepriamo toto tvrdenie dokazuje prítomnosť krvi v likvorových priestoroch, vrátane všetkých komôr mozgu počas posledného CT vyšetrenia, aj pri pitve.

- šírenie krvnej kolekcie intrakraniálne podporovala ťažká generalizovaná atrofia mozgu aj mozočka, čo považujeme za najdôležitejší faktor šírenia krvi intrakraniálne aj do spinálneho kanála. Toto tvrdenie podporuje dôkaz difúzneho axonálneho poškodenia ako následok opakovaných úrazov hlavy a mozgu so spoluúčasťou chronického etylizmu.

Popísaný akútny spinálny subdurálny hematóm považujeme za recidivujúci, keďže sa v CT obraze objavil opakovane. Prvýkrát v kranialnej časti krčného spinálneho kanála počas CT vyšetrenia hlavy v auguste 2015. Kontrolné CT vyšetrenie po niekoľkých dňoch dokázalo vymiznutie subdurálnej kolekcie. Recidivujúca subdurálna kolekcia intraspínálne, okrem intrakraniálneho nálezu, bola dokázaná CT zobrazením opakovane v decembri 2015, masívnejšia v porovnaní s vyšetrením z augusta 2015. Preto za príčinu považujeme presun krvi intraspínálne z poranenia intrakraniálnych ciev a naše tvrdenie podporujú aj vyššie uvedené skutočnosti.

Akútny spinálny subdurálny hematóm môže viesť ku kompresii miechy s ireverzibilnými následkami, čo však nie je typické pre uvedené pozorovanie. Pri klinických vyšetreniach analyzovaného stavu opakovane neboli evidentné príznaky z útlaku v spinálnom kanáli aj napriek tomu, že bola CT vyšetrením dokázaná prítomnosť krvi v oblasti predĺženej miechy a neskôr aj v krčnej oblasti. Vysvetľuje to celková atrofia centrálného nervového systému, vďaka ktorej sa krv v subdurálnom priestore mohla pomerne voľne šíriť bez toho, aby svojim útlakom spôsobila následné poškodenie nervového systému v mieste výskytu a tým spôsobom aj klinické príznaky. Konzervatívna aj chirurgická liečba subdurálneho spinálneho hematómu podľa literárnych údajov jednoznačne závisí od rozsahu a stupňa klinických prejavov (Al, 2009). V nami sledovanom prípade operácia opakovane nebola indikovaná najmä kvôli masívnemu rozsahu a lokalizácii subdurálneho hematómu intrakraniálne aj intraspínálne, jeho generalizovanému šíreniu, celkovej intrakraniálnej situácii, pridruženým ochoreniam aj kvôli infaustnému stavu pacienta. Zriedkavo sú publikované prípady so súčasným výskytom subdurálneho nahromadenia krvi intrakraniálne aj intraspínálne tak, ako to bolo v nami popisovanom prípade (Oh, 2015). Naviac, okrem uvedených poškodení, boli v sledovanej kazuistike prítomné aj prejavy difúzneho axonálneho poškodenia druhého stupňa ako následok opakovaných úrazov mozgu.

Na intraspínálne šírenie subdurálne je potrebné myslieť v každej takej situácii, keď je evidentná prítomnosť krvi subdurálne v zadnej lebečnej jame, či dokonca v oblasti predĺženej miechy (Farkašová Iannaccone a kol., 2017). Osobitnú pozornosť si vyžadujú stavy, kde okrem anamnestických údajov, pozitívnych výsledkov zobrazovacích vyšetrení sú patologické aj hodnoby laboratórnych vyšetrení v takej miere, ako je to uvedené v popisovanej kazuistike.

## Literatúra

1. Al B., Yildirim C., Zengin S., et al. Acute spontaneous spinal subdural haematoma presenting as paraplegia and complete recovery with non-operative treatment. *BMJ Case Rep.* 2009; doi:10.1136/bcr.02.2009.1599.
2. Balik V., Kolembus P., Švajdler M., et al. A case report of rapid spontaneous redistribution of acute supratentorial subdural hematoma to the entire spinal subdural space presenting as a Pourfour du Petit syndrome and review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg.* 2013;115:849-852.
3. Domenicucci M., Ramieri A., Ciappetta P., et al. Nontraumatic acute spinal subdural hematoma: report of five cases and review of the literature. *J Neurosurg.* 1999;91:65-73.
4. Farkašová Iannaccone, S., Farkaš, D., Ginelliová, A., Longauer, F. Difúzne anoxálne poranenie mozgu a jeho diagnostika imunohistochemickými metódami. In: *Folia Medica Cassoviensia.* Vol. 67, no. 1 (2012), s. 16-19.
5. Farkašová Iannaccone, S., Ginelliová, A., Šantová, I., Farkaš, D., Fröhlichová, L.: All in One. In: *Rozmaričovy soudné lékařské pracovní dny : Program a sborník abstrakt.* - Olomouc : FN Olomouc, 2017. s. 9 - 10.
6. Ginelliová, A., Farkaš, D., Farkašová Iannaccone, S., Vyhnáľková, V., Vasovčák, P.: Sudden death associated with syndromic craniosynostosis In: *Forensic Science, Medicine, Pathology.* Vol. 12. no. 4 (2016), s. 506 - 509.
7. Hamaguchi H., Osawa T., Koyama K., et al. Idiopathic lumbar spinal subdural hematoma. *Orthopedics.* 2008;31:715.
8. Cha Y.H., Chi J.H., Barbaro N.M. Spontaneous spinal subdural hematoma associated with low-molecular-weight heparin: a case report. *J Neurosurg Spine.* 2005;2:612-613.
9. Kalina P., Drehobl K.E., Black K., et al. Spinal cord compression by spontaneous spinal subdural haematoma in polycythemia vera. *Postgrad Med J.* 1995;71:378-379.
10. Lee J.K., Chae K.W., Ju C.I., et al. Acute cervical subdural hematoma with quadriplegia after cervical transforaminal epidural block. *J Korean Neurosurg Soc.* 2015;58:483-486.
11. Metzger G., Singbartl G. Spinal epidural hematoma following epidural anesthesia versus spontaneous spinal subdural hematoma. Two case reports. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1991;35:105-107.
12. Oh J.H., Jwa S.J., Yang T.K., et al. Intracranial vasospasm without intracranial hemorrhage due to acute spontaneous spinal subdural hematoma. *Exp Neurobiol.* 2015;24:366-370.
13. Post M.J., Becerra J.L., Madsen P.W., et al. Acute spinal subdural hematoma: MR and CT findings with pathologic correlates. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1994;15:1895-1905.

## Kontakt:

doc. MUDr. Marián ŠANTA, CSc.  
 Katolícka univerzita v Ružomberku  
 Fakulta zdravotníctva  
 Nám. A. Hlinku 48  
 034 01 Ružomberok  
 E-mail: marian.santa@ku.sk

# Pacient s chronickým ochorením z pohľadu všeobecného lekára

## Patient with chronic illness viewed by a general practitioner

Elena Hrbčová

MEDICOOP, s.r.o. Liptovský Mikuláš, Všeobecný lekár pre dospelých

### Súhrn

Výskyt chronických ochorení v populácii má stúpajúcu tendenciu. Chronické ochorenie predstavuje pre pacienta výrazný zásah do jeho integrity, nakoľko sa zvyčajne mení zaužívaný spôsob života, je nevyhnutné dodržiavať predpísaný liečebný režim a absolvovať častejšie odborné lekárske kontroly. Chronické ochorenie ovplyvňuje nielen somatickú stránku pacienta v zmysle rôznych príznakov a komplikácií, ale aj stránku psychickú, sociálnu, spirituálnu a ekonomickú. Ambulancia všeobecného lekára je pracoviskom, ktoré zvyčajne navštívi pacient s chronickým ochorením ako prvé, a práve tu je ochorenie diagnostikované. Všeobecný lekár v spolupráci so sestrou však participuje nielen na diagnostike chronického ochorenia, ale aj na jeho terapii, prevencii komplikácií, dispenzarizácii pacienta, posudkovej činnosti, návštevnej službe v domácom prostredí, riešení akútnych situácií, ako aj sociálnych problémov pacienta a spolupráci s rodinou chronicky chorého pacienta. Dôležitou oblasťou činnosti všeobecného lekára je aj kooperácia pri terapii a riešení rôznych problémov pacienta a jeho rodiny. Článok prináša komplexný pohľad na úlohy a možnosti všeobecného lekára pre dospelých pri zdravotnej starostlivosti poskytovanej pacientom s chronickým ochorením.

**Kľúčové slová:** Všeobecný lekár. Ambulancia všeobecného lekára. Pacient. Chronické ochorenie. Rodina.

### Summary

Incidence of chronic illnesses shows an upward tendency. Chronic illness means a major intrusion on patient's integrity as he/she has to change usual routines and adhere to prescribed treatment regimen and see specialised doctors for frequent check-ups. Chronic illness impacts not only somatic side of the patient due to various symptoms and complications but also his/her psychological, social, spiritual and economic side. The surgery of general practitioner is usually the first place visited by a patient suffering from chronic illness and in this very surgery is his/her illness diagnosed. The general practitioner together with assisting nurse not only makes diagnosis of chronic illness but also suggests treatment, prevention and continuing health care, offers medical opinion, visits the patient at home, participates in solving social problems of the patient in cooperation with his/her family. The important part of general practitioner's routine is his/her involvement in therapy and solution of various problems of the patient and his/her family. The paper brings a complex look at mission and possibilities of general practitioner for adults when treating patients with chronic illness.

**Key words:** General Practitioner. Surgery of general practitioner. Patient. Chronic illness. Family.

### Úvod

Ambulancia všeobecného lekára je základným pracoviskom odboru všeobecného lekárstva v podmienkach Slovenskej republiky. Všeobecné lekárstvo je špecializačným odborom so zameraním na všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť, ktorá tvorí základ zdravotníckeho systému v Slovenskej republike. Ako vedecká disciplína medicíny má vlastné špecifika poskytovania zdravotnej starostlivosti, riadenie odboru, sieť pracovísk, informačnú základňu, výskum, vzdelávanie a manažment kvality (Vestník MZ SR zo dňa 6. júla 2006). Všeobecnú ambulantnú starostlivosť poskytuje poskytovateľom určený lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo a lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria (ďalej len „všeobecný lekár“) a poskytovateľom určená sestra s príslušnou odbornou spôsobilosťou (Zákon č. 576/2004 Z. z. § 8, ods. 2).

Jedným z atribútov činnosti ambulancie všeobecného lekára pre dospelých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti chronicky chorým ľuďom, pričom táto starostlivosť má dlhodobý charakter. Všeobecný lekár má z hľadiska dlhodobého profesionálneho vzťahu s chronicky chorým pacientom optimálne predpoklady pre poskytovanie individualizovanej starostlivosti, nakoľko pozná nielen zdravotný stav pacienta, jeho farmakoterapiu, ale aj jeho prežívanie ochorenia, a tiež jeho sociálne a rodinné zázemie. Chronické ochorenie so sebou prináša mnohé zmeny a obmedzenia v psychickej a sociálnej oblasti a práve tieto môže pomáhať riešiť všeobecný lekár v spolupráci so sestrou. Ako

uvádzajú Masár a kol. (2014) je to práve všeobecný lekár, v rukách ktorého sú pomyselné kľúče od kvality života pacienta. Len on vie, v akých podmienkach jeho pacient žije, aká je jeho rodina, či je ochotná a schopná sa o neho postarať v chorobe, kto mu pôjde vyzdvihnúť lieky, kto mu podá čaj. Preto sa pochopiteľne stáva hlavným manažérom medicínskej starostlivosti.

Výskyt chronických ochorení v populácii má stúpajúcu tendenciu. Medzi prioritné chronické (neprenosné) skupiny chorôb, ktoré majú zásadný dopad na kvalitu života populácie patria choroby obehovej sústavy, nádory, choroby dýchacej a tráviacej sústavy, diabetes mellitus a duševné choroby (Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2012 – 2014, 2015). Demograficky trend, charakterizovaný starnutím populácie, spolu s rozvojom civilizačných ochorení a poznaním, že každá chronická choroba má svoje sociálne črty, podčiarkuje význam skutočnosti, že v 21. storočí bude ťažiskovým problémom medicína chronických chorôb. Arterioskleróza, ischemická choroba srdca, vysoký krvný tlak, nádorové ochorenia, chronická obštrukčná choroba pľúc, diabetes mellitus, náhle cievne mozgové príhody, choroby pohybového aparátu, depresia, poruchy zmyslových orgánov a niektoré ďalšie ochorenia sa výraznou mierou podieľajú na chorobnosti a úmrtnosti populácie (Hegyí, 2013). Pod pojmom chronické choroby rozumieme najmä kardiovaskulárne ochorenia, onkologické ochorenia, chronické dýchacie ochorenia, ochorenia pohybového systému a diabetes

mellitus. Tieto ochorenia sú hlavnou príčinou predčasnej úmrtnosti a zdravotného postihnutia, ktoré vedú k zhoršovaniu fyzického zdravia obyvateľstva a následne ku klesajúcemu ekonomickému rozvoju krajín, najmä ekonomicky slabo a stredne rozvinutých krajín. Hlavnou príčinou týchto ochorení je ľudské správanie a vysoká náchylnosť k rizikovým faktorom ako je fajčenie, fyzická neaktivita, nezdravé stravovanie a škodlivá konzumácia alkoholu. Tieto podmienky zvyšujú chudobu domácností a komunít, pričom taktiež zvyšujú nerovnosti medzi krajinami (Slovenská aliancia pre chronické ochorenia, 2013). V súčasnosti sú chronické choroby v Európe na vzostupe, a to z niekoľkých dôvodov, medzi nimi aj vďaka starnutiu populácie a rizikovým faktorom spojených so životným štýlom. Predstavujú hlavný podiel z celkovej záťaže chorobami v rámci Európy a sú zodpovedné za 86 % úmrtí (European Commission, 2014 In: Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2015). Chronické choroby sú dlhodobým zásahom do života pacienta. Ich vzniku a rozvoju je niekedy veľmi ťažké predchádzať, pretože vznikajú kombináciou ovplyvniteľných (4 hlavné rizikové faktory: zlé stravovacie návyky, fyzická neaktivita, konzumácia alkoholu, fajčenie) aj neovplyvniteľných rizikových faktorov (vek, pohlavie, genetická predispozícia) (World Economic FORUM, 2011 In: Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2015).

Chorobám obehovej sústavy patrí dlhodobo dominantné postavenie v príčinách smrti. Väčšinou ich podiel z celkového počtu úmrtí dosahuje okolo 52 – 55%. (Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2012 – 2014, 2015). Arteriálna hypertenzia sa vyskytuje približne u 30 – 40 % dospelých populácie, narastá najmä vo vyšších vekových kategóriách. S prevalenciou hypertenzie veľmi úzko súvisí mortalita na cievnú mozgovú príhodu (Masár a kol., 2014).

Výskyt zhubných nádorov v populácii stúpa, pričom u mužov dominuje kolorektálny karcinóm a karcinóm pľúc a u žien karcinóm prsníka a kolorektálny karcinóm (Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2012 – 2014, 2015). Predpokladá sa, že rakovina bude stále významnou príčinou chorobnosti a úmrtnosti v najbližších niekoľkých desaťročiach, v oboch regiónoch sveta (Slovenská aliancia pre chronické ochorenia, 2013).

Chronické respiračné ochorenia predstavujú širokú škálu závažných ochorení. Medzi preventabilné chronické respiračné ochorenia patrí astma a alergie dýchacích ciest, chronická obštrukčná choroba pľúc, pľúcne choroby z povolania, syndróm spánkového apnoe a pľúcnej hypertenzie (Slovenská aliancia pre chronické ochorenia, 2013).

Chronické ochorenia pohybového systému tvoria asi 25% všetkých pacientov v starostlivosti všeobecného lekára, 48% novo priznaných chorôb z povolania tvoria chronické degeneratívne a zápalové ochorenia pohybového systému (Skála a kol., 2007). Vertebrogénne ochorenia sú najčastejším degeneratívnym ochorením modernej doby, pričom spoločenské, medicínske aj ekonomické dôsledky týchto ochorení sú rozsiahle (Šanta, András, 2015).

Diabetes mellitus je jedným z najčastejších, medicínsky najzávažnejších a ekonomicky najnáročnejších chronických ochorení. Toto ochorenie významne skraca očakávanú dĺžku života, zhoršuje kvalitu života ako aj sociálno-ekonomické možnosti pacienta. Diabetes mellitus predstavuje hlavnú príčinu slepoty, zlyhania obličiek s potrebou dialýzy, amputácií na dolných končatinách a štvornásobne zvyšuje riziko chorobnosti a úmrtnosti na srdcovocievne ochorenia. Na Slovensku je

evidovaných cca 400 000 pacientov s diabetes mellitus (viac ako 7% obyvateľstva), pričom ďalších 20 – 30% pacientov (k známemu počtu diabetikov) je možné predpokladať v latentnej forme a forme prediabetických rizikových syndrémov (Národný diabetologický program, 2012).

Chronické ochorenie ovplyvňuje nielen somatickú stránku pacienta v zmysle rôznych príznakov a komplikácií, ale aj stránku psychickú, sociálnu, spirituálnu a ekonomickú. Ambulancia všeobecného lekára je pracoviskom, ktoré zvyčajne navštívi pacient s chronickým ochorením ako prvé, a práve tu je ochorenie diagnostikované. Všeobecný lekár v spolupráci so sestrou však participuje nielen na diagnostike chronického ochorenia, ale aj na jeho terapii, prevencii komplikácií, dispenzarizácii pacienta, posudkovej činnosti, návštevnej službe v domácom prostredí, riešení akútnych situácií, ako aj sociálnych problémov pacienta a spolupráci s rodinou chronicky chorého pacienta. Dôležitou oblasťou činnosti všeobecného lekára je aj kooperácia pri terapii a riešení rôznych problémov pacienta a jeho rodiny.

**Diagnostika chronického ochorenia** je založená predovšetkým na odbere anamnézy, v ktorej zvyčajne pacient alebo jeho podporné osoby opisujú príznaky a problémy, pre ktoré ambulanciu všeobecného lekára navštívili. Všeobecný lekár má oproti lekárom – špecialistom tú výhodu, že pozná pacientov zdravotný stav, ale aj prostredie, v ktorom pacient žije, medzilidské vzťahy, event. ďalšie súvislosti. Realizácia objektívneho vyšetrenia je však limitovaná – vyšetrenie zmyslami je možné rozšíriť o meranie telesnej teploty, krvného tlaku, ako aj o semikvantitatívne metódy (napr. vyšetrenie moču indikátorovým papierikom). Dostupnosť laboratórnych vyšetrovacích metód je rozdielna podľa lokalizácie pracoviska – vo vidieckych oblastiach je limitovaná zvozom vzoriek biologického materiálu iba v určité dni v týždni (Kubešová a kol., 2002). Všeobecný lekár participuje na stanovení predbežnej (suspektnej) diagnózy chronického ochorenia, ktorú definitívne stanovuje príslušný odborný lekár – špecialista, ku ktorému je pacient odoslaný, resp. u ktorého má vyšetrenie na základe symptómov a výsledkov vyšetrení všeobecným lekárom odporučené.

**Terapiu chronického ochorenia** v prevažnej miere indikuje, resp. ordinuje odborný lekár. Všeobecný lekár vstupuje do terapeutického procesu predpisovaním medikamentov, ktoré však musí byť doplnené o vysvetlenie užívania farmakoterapie, účinkov liekov – aj vedľajších, interakcií s inými liekmi, potravinami alebo tekutinami, upozornenie na doplatky za lieky a správne skladovanie či uloženie liekov. U starších pacientov je vhodné zhotovenie tabuľky so všetkými užívanými liekmi a ich dávkovaním, ako aj preskúšanie pacienta, či schéme užívania liekov rozumie (Kubešová a kol., 2002). Návštevu pacienta v ambulancii všeobecného lekára by mal lekár využívať aj na jeho efektívne poučenie, a to nielen so zameraním na farmakoterapiu pacienta, ale aj na vysvetlenie podstaty choroby, jej príčin, aktuálneho stavu pacienta, plánovaný postup, očakávané komplikácie a podobne. Pacientovi je nevyhnutné zdôrazniť aj dôležitosť nefarmakologických metód v kompenzácii chronického ochorenia, a to najmä životosprávy, ktoré sú u pacientov nepopulárne, pretože zvyčajne znamenajú určité obmedzenia, a väčšina pacientov preferuje skôr z ich pohľadu jednoduchšiu medikamentóznou liečbu (Kubešová a kol., 2002). Všeobecný lekár pre dospelých môže výraznou mierou prispieť aj k **prevencii komplikácií chronického ochorenia**, a to nielen sledovaním stavu pacienta, ale predovšetkým edukáciou

pacienta a jeho podporných osôb. Poučenie sa má zameriavať na vyššie uvedené oblasti s dôrazom na význam a zameranie self-manažmentu, resp. self-monitoringu pacienta. Bodenheimer et al. (2002) uvádzajú, že vzdelávanie pacienta v oblasti self-manažmentu dopĺňa tradičné poučenie pacienta pri podpore žiť najlepšiu možnú kvalitu života s jeho chronickým ochorením. Zatiaľ čo tradičné poučenie pacienta ponúka informácie a technické zručnosti, self-manažment učí schopnosti riešiť problémy. Je dokázané, že poučenie pacienta a dôsledný self-manažment môžu zlepšiť výsledky z hľadiska kompenzácie chronického ochorenia a zároveň znížiť náklady na liečbu či zdravotnú starostlivosť. „Self-manažérske vzdelávanie“ pacientov s chronickým ochorením má byť neoddeliteľnou súčasťou vysoko kvalitnej primárnej starostlivosti (v podmienkach Slovenskej republiky všeobecnej ambulantnej starostlivosti).

Z metód edukácie využiteľných v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých sú vhodné najmä rozhovor, ktorého súčasťou býva vysvetľovanie, ale aj metódy tlačeného slova (napr. leták, brožúra). Nástenka v čakárni ambulancie je tiež nielen jednou z metód edukácie, ale môže byť aj užitočným „spoločníkom“ pacientov pri chvíľach čakania na vyšetrenie. Edukačné pôsobenie na chronicky chorého pacienta sa týka aj výučby schopností, ktoré sa vzťahujú na adaptáciu životného štýlu a dosiahnutie čo najvyššieho potenciálu, a na pochopenie obmedzení a požiadaviek, ktoré na pacienta ochorenie kladie (Magerčiaková, 2008).

Jednou z metód práce využívaných vo všeobecnej lekárskej praxi vo vzťahu k pacientom s chronickými ochoreniami je **dispenzarizácia**. V Zákone č. 576/2004 Z. z. je v § 2, ods. 8 dispenzarizácia definovaná ako „aktívne a systematické sledovanie zdravotného stavu osoby, u ktorej je predpoklad zhoršovania zdravotného stavu, jej vyšetrenie a liečba“. Podľa Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecnej lekárskej praxe v rámci prevencie všeobecný lekár pozná a ovláda aj metódy a systém dispenzarizácie zdravých osôb, ohrozených a chronicky chorých (Vestník MZ SR zo dňa 6. júla 2006). Ako uvádzajú Kubešová a kol. (2002) dispenzarizácia zahŕňa pravidelné aktívne vyšetrenie ohrozených pacientov (títo pacienti sú zaznamenaní do zoznamu - tzv. dispenzára a sú aktívne pozývaní na kontroly - napr. krvného tlaku, hodnôt cholesterolu, glykémie a podobne).

Všeobecný lekár pre dospelých participuje aj na **posudkovej činnosti**, a to predovšetkým vo vzťahu k problematike krátkodobo alebo dlhodobo práceneschopných, vystavovaniu tlačiva pracovnej neschopnosti, sledovaniu práceneschopných, iniciovaniu konania o čiastočnej alebo plnej invalidite, spracovaniu podkladov pre priznanie statusu občana so zmenenou pracovnou schopnosťou alebo ťažko zdravotne postihnutej osoby, posudzovaniu zdravotnej spôsobilosti na prácu, vodičov k vedeniu motorového vozidla, na zbrojný preukaz a na prácu v potravinárstve. Všeobecný lekár tiež realizuje výpisy zo zdravotnej dokumentácie pre poisťovne na žiadosť poistencov, ďalej pre priznanie rôznych sociálnych dávok a výhod (Kubešová a kol., 2002).

Pracovný čas všeobecného lekára pre dospelých zahŕňa okrem ordinačných hodín a rôznych administratívnych činností aj **návštevnú službu** v domácom prostredí. Lekár vykonáva návštevy pacientov a v prípade, že to zdravotný stav vyžaduje a dovoľuje, vykonáva vyšetrenie a liečbu v domácnosti (Jurgová, 1994). Vyšetrenie a ošetrovanie pacientov v ich prirodzenom prostredí je náročnejšie na úsudok a rýchle rozhodovanie.

U chronicky chorých pacientov s obmedzenou mobilitou je návštevná služba jedinou formou kontaktu so zdravotníckym personálom. Výhodou návštevej služby je to, že lekárovi umožňuje spoznať prostredie, v ktorom pacient žije (Kubešová a kol., 2002).

Riešenie akútnych alebo **urgentných situácií** je súčasťou činnosti zdravotníckych pracovníkov v každom type zdravotníckeho zariadenia, a teda aj všeobecného lekára. Mnohé urgentné situácie súvisia s pacientmi trpiacimi chronickými ochoreniami. Urgentné stavy v priebehu ordinačných hodín často znamenajú aj prerušenie práce v ambulancii. Väčšina urgentných stavov si vyžaduje privolanie záchranej zdravotnej služby, ale do príchodu profesionálnych záchranárov zabezpečuje starostlivosť o pacienta všeobecný lekár. Ide najmä o rôzne úrazy, akútny infarkt myokardu, náhlu cievnu mozgovú príhodu, bezvedomie a ďalšie (Kubešová a kol., 2002).

Všeobecný lekár sa často výraznou mierou podieľa na **riešení sociálnych problémov** chronicky chorých pacientov, a to najmä u pacientov bez sociálneho zázemia, u ktorých dochádza k postupnému zhoršovaniu stavu. Lekár sprostredkúva alebo odporúča vhodný typ starostlivosti pre konkrétneho pacienta (napr. liečebňa pre dlhodobo chorých, domov sociálnych služieb, denný stacionár, opatrovateľská služba, domáca ošetrovateľská starostlivosť a podobne) (Kubešová a kol., 2002). Súvisí to aj s tým, že chronické ochorenie je problémom nielen somatickým, ale aj psychickým a sociálnym, nakoľko ide o poruchu, ktorá trvá dlho, a často je celoživotným problémom. Prognóza chronických ochorení je väčšinou neistá a priebeh choroby môže mať rôzny vývin – od stavov zhoršenia cez dlhotrvajúcu remisiu. Chronické ochorenie je veľkou záťažou pre človeka, ktorý sa musí prispôbiť úplne novým podmienkam, a často býva depresívny alebo rezignuje. Rovnaké problémy prežíva aj jeho rodina. U chronicky chorých pacientov je vhodné na základe posúdenia zdravotného stavu orientovať ich činnosť na aktivity, ktoré zvládnu, pričom ide o určitú formu realizácie a kompenzácie postihnutia alebo choroby (Zacharová a kol., 2007).

Všeobecný lekár by mal mať schopnosť sledovať nielen somatické príznaky chronického ochorenia, ale aj prežívanie, reakcie a správanie pacienta, a tiež aj sociálne dôsledky ochorenia. Pacienti s chronickým ochorením trpia často bolesťou, majú pohybové problémy, ťažkosti s trávením, vyprázdňovaním, dýchaním a podobne. Od toho závisí aj pestrá paleta psychických ťažkostí. Kognitívne (myšlienkové) problémy sa týkajú faktu chronického ochorenia, na ktoré pacient často myslí a dáva ho do súvislosti s momentálnym stavom, ale aj s ďalšou perspektívou. Ochorenie má výrazný vplyv aj na sebakoncepciu pacienta (Křivohlavý, 2002). Ochorenie môže vyvolať rôzne emočné reakcie, ako strach a úzkosť, smútok a trúchlenie, depresia, bezmocnosť a beznádej, hnev a zlosť (Vágnerová, 2004). Sociálne aspekty chronického ochorenia predstavujú obmedzenia spoločenského života pacienta a jeho rodiny, a to vplyvom únavy, vyčerpanosti, intolerancie aktivity a inej symptomatológie ochorenia. Telesný handicap môže byť príčinou strachu odmietnutia ostatnými (Holmanová, Čáp, 2008). Osobitný problém predstavuje sociálna záťaž vyplývajúca z chronického ochorenia. Práceneschopnosť a invalidizácia pacienta v produktívnom veku znamená zhoršenie jeho ekonomickej situácie a prítomnosť existenčných obáv. Niektoré ochorenia obmedzujú spoločenský život pacienta (Novyzedláková, Kaiserová, 2015). Človek s chronickým

ochorením veľmi ťažko toleruje zmeny v oblasti trávenia voľného času a v sociálnych kontaktoch (Kopáčiková a kol., 2012). Nutnosť celodennej starostlivosti o chronicky chorého pacienta vedie často k nevyhnutnosti zmeny alebo až zanechania zamestnania rodinnými príslušníkmi (Vatehová, Vateha, 2013).

Všeobecný lekár by mal byť pripravený nielen na diagnostiku a farmakoterapiu chronického ochorenia, ale tiež na pomoc pacientovi psychologickými prostriedkami, a to vhodnou komunikáciou s pacientom a jeho rodinnými príslušníkmi a využívaním prvkov podpornej psychoterapie (Beran a kol., 2010). „Efektívne komunikačné zručnosti sú pre lekára nevyhnutným predpokladom vytvorenia adekvátneho terapeutického vzťahu, ktorého hlavnými atribútmi sú dôvera a rešpektovanie dôstojnosti pacienta. Komunikácia s pacientom vytvára základ pre individuálny prístup“ (Masár a kol., 2014, s. 22).

Starostlivosť o pacienta s chronickým ochorením zo strany všeobecného lekára nie je možná bez **efektívnej spolupráce** s inými odborníkmi či inštitúciami, a to pri terapii a riešení rôznych problémov pacienta a jeho rodiny. Pomerne častá je kooperácia všeobecného lekára s lekármi – špecialistami. Dôvodom ich spolupráce môže byť potreba odborného, resp. špecializovaného vyšetrenia alebo liečby pri vyčerpaní diagnostických možností všeobecného lekára, potreba druhého názoru na zdravotný stav pacienta alebo nedôvera či nespokojnosť pacienta a/alebo rodiny s doterajším postupom (Kubešová a kol., 2002). Lekár zo všeobecnej ambulantnej starostlivosti spolupracuje nielen s lekármi z odborných ambulancií, ale aj so svojimi kolegami z iných ambulancií všeobecného lekára, a to najmä pri výmene skúseností a vzájomnej pomoci (napr. zastupovanie počas dovolenky). Tiež je dôležitá kooperácia s poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti (predovšetkým so zdravotníckymi zariadeniami v regióne), agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti, opatrovateľskou službou, zariadeniami sociálnych služieb alebo sociálnej starostlivosti, úradmi verejného zdravotníctva, diagnostickými zložkami (napr. laboratóriá), zdravotnými poisťovňami, sociálnou poisťovňou, orgánmi štátnej správy a miestnej samosprávy, lekárňami, farmaceutickými firmami, odbornými spoločnosťami, stavovskými organizáciami v zdravotníctve, školami a školskými či predškolskými zariadeniami, klubmi a svojpomocnými skupinami pacientov, resp. ich podporných osôb, Slovenským Červeným krížom a podobne. Pri kooperácii s rôznymi inštitúciami alebo organizáciami využíva všeobecný lekár tak osobnú komunikáciu, ako aj písomnú korešpondenciu (napr. prostredníctvom dokumentácie pacienta), telefonické spojenie a elektronickú poštu (Magerčiaková, Hrbčová, 2013).

## Záver

Chronické ochorenie predstavuje pre pacienta výrazný zásah do jeho integrity, nakoľko sa zvyčajne mení zaužívaný spôsob života, je nevyhnutné dodržiavať predpísaný liečebný režim a absolvovať častejšie odborné lekárske kontroly. „Chronické ochorenie je celoživotné ochorenie, a tak sa stáva problémom nielen medicínskym, ale aj psychologickým a sociálnym. Každá choroba znamená narušenie životného štýlu, mení základné hodnoty a potreby pacienta. V podstate už v momente oznámenia diagnózy chronického ochorenia sa pacientovi mení život od základu. Chorý človek sa musí zmieriť s chorobou, so všetkým, čo so sebou prináša, vedieť sa vyrovnáť s problémami a akceptovať zmenený zdravotný stav“ (Vatehová, Vateha, 2013, s. 30).

Problematika chronických chorôb patrí primárne do rezortu zdravotníctva, ich rôznorodá symptomatológia, ktorá často vplyva na kvalitu života pacienta a môže ho aj invalidizovať, však posúva túto problematiku aj do pôsobnosti iných rezortov. Preto si doterajšia koncepcia intervencie osôb s chronickými chorobami v rámci úrovne poskytovania zdravotnej starostlivosti, ale aj aktivity, ktoré by mali motivovať obyvateľov k optimalizácii životného štýlu, vyžadujú naďalej cieľené populačné riešenia (Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2012 – 2014, 2015).

## Literatúra

- Beran, J. a kol. 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: GradaPublishing, 2010, 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., Grumbach, K. 2002. Patientself-management of chronic disease in primary care. In: *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 2002, 288 (19): 2469-75. ISSN 1538-3598.
- Hegyí, L. 2013. Chronické choroby – zdravotný a sociálny problém 21. storočia. In: *Bedeker zdravia*, IX, 2013, č. 5, s. 1. ISSN 1337-2734.
- Holmanová, E., Čáp, J. 2008. Sociálne potreby. In: TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol.: *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2008, 198 s. ISBN 80-8063-270-0.
- Jurgová, E. 1994. *Praktické a rodinné lekárstvo*. Piešťany: Prvá privátna prax, 1994, 212 s. ISBN 80-967207-8-3.
- Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecné lekárstvo*. In: *Vestník MZ SR číslo: 14535/2006-OO zo dňa 29. mája 2006*.
- Kopáčiková, M., Cetlová, L., Stančiak, J. 2012. *Ošetrovateľský proces a potreby pacientů/klientů*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012, 364 s. ISBN 978-80-87035-51-1.
- Křivohlavý, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: GradaPublishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- Kubešová, H., Bogrová, I., Holík, J. 2002. *Praktické/rodinné lékařství*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002, 44 s. ISBN 80-210-2939-0.
- Magerčiaková, M. 2008. *Edukácia v ošetrovateľstve 1*. Ružomberok: Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2008, 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
- Magerčiaková, M., Hrbčová, E. 2013. Kooperácia z aspektu všeobecnej ambulantnej starostlivosti. In: *Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovateľstve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci*. Ružomberok: Verbum, 2013, s. 93- 100. ISBN 978-80-561-0076-9.
- Martinka, E. 2012. *Národný diabetologický program*. Bratislava: Slovenská diabetologická spoločnosť, 2012, 12 s. [citované 10.3.2016]. Dostupné na internete: <[http://www.diaslovakia.sk/contentData/0225/N%C3%A1rodn%C3%BD\\_diabetologick%C3%BD\\_program\\_predlo%C5%BEen%C3%BD\\_MZSR.pdf](http://www.diaslovakia.sk/contentData/0225/N%C3%A1rodn%C3%BD_diabetologick%C3%BD_program_predlo%C5%BEen%C3%BD_MZSR.pdf)>.
- Masár, O. a kol. 2014. *Výbrané kapitoly z všeobecného lekárstva pre študentov medicíny*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, Lekárska fakulta, 2014, 173 s. ISBN 978-80-225-89553-28-0.



14. Novysedláková, M., Kaiserová, F. 2015. Psychosociálne aspekty chronického ochorenia. In: *Zdravotnícke štúdie*, VIII, 2015, č. 2, s. 36 – 38. ISSN 1337-723X.
15. Skála, B., Pavelka, K., Müller, I., Herle, P. 2007. *Chronické choroby pohybového aparátu – doporučený diagnostický a liečebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2007, 17 s. ISBN 80-86998-17-7.
16. Slovenská aliancia pre chronické ochorenia. 2013. *Analýza trendov chronických ochorení a monitorovanie zdravotných indikátorov v kontexte 9 cieľov globálneho monitorovacieho rámca do roku 2025*. [citované 10.3.2016]. Dostupné na internete: <[http://www.hpi.sk/cdata/Documents/Analýza\\_trendov\\_CHO\\_a\\_monitorovanie\\_RF.pdf](http://www.hpi.sk/cdata/Documents/Analýza_trendov_CHO_a_monitorovanie_RF.pdf)>.
17. *Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2012 – 2014*. 2015. [citované 10.3.2016]. Dostupné na internete: <[https://lt.justice.gov.sk/Attachment/SoZSO%20vlastn\\_materi%87l.pdf?instEID=-1&attEID=81571&docEID=442770&matEID=8457&langEID=1&tStamp=20150819080609483](https://lt.justice.gov.sk/Attachment/SoZSO%20vlastn_materi%87l.pdf?instEID=-1&attEID=81571&docEID=442770&matEID=8457&langEID=1&tStamp=20150819080609483)>.
18. Šanta, M., András, I. 2015. *Vybrané kapitoly z neurológie*. Brno: Tribun EU, 2015, 228 s. ISBN 978-80-263-0989-5.
19. Štatistický úrad Slovenskej republiky. 2015. *Pohľad na zdravotný stav obyvateľstva SR a jeho determinanty (výsledky EHIS 2014)*. [citované 10.3.2016]. Dostupné na internete: <[https://slovak.statistics.sk/wps/wcm/connect/75025933-2751-4d1f-a2d7-130ec85d1b38/Pohľad\\_na\\_zdravotny\\_stav\\_obyvatelstva\\_SR\\_a\\_jeho\\_determinanty\\_EHIS\\_2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=75025933-2751-4d1f-a2d7-130ec85d1b38](https://slovak.statistics.sk/wps/wcm/connect/75025933-2751-4d1f-a2d7-130ec85d1b38/Pohľad_na_zdravotny_stav_obyvatelstva_SR_a_jeho_determinanty_EHIS_2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=75025933-2751-4d1f-a2d7-130ec85d1b38)>.
20. Vágnerová, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
21. Vatehová, D. Vateha, R. 2013. *Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami*. Martin: Osveta, 2013, 200 s. ISBN 978-80-8063-383-7.
22. Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J. 2007. *Zdravotnícká psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
23. *Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov*.

## Kontakt:

---

MUDr. Elena HRBČOVÁ  
 MEDICOOP, s.r.o.  
 032 14 Ľubel'a 466  
 E-mail: hrbcova@stonline.sk

## Innovation of the Study Program of Nursing

### Within the Cooperation Among EU Countries and the Western Balkan

Anna Hudáková, Anna Eliašová, Dagmar Magurová, Gabriela Kuriplachová

Štefánia Andraščíková, Lubica Rybárová

University of Prešov in Prešov, Faculty of Health Care

#### Abstract

**Introduction.** Project has a name TEMPUS - Competency based Curriculum Reform in Nursing and Caring in Western Balkan Universities is currently under way in the international cooperation, which initiates European standards in order to innovation the content of training in nursing.

**Goal of project.** Specific goal of project is to analyse curriculum countries Western Balkan and their currently study programmes for nursing education and it has to implement current European requirements of Western countries in the training of nurses in countries Western Balkan.

**Methodic.** Meetings were conducted in the participating countries, which conducted seminars, workshops within the implementation of an international project. Working groups were created and implemented a questionnaire survey in order to fulfill the objectives of the project. Odisee Belgium is the leader of project and the Hanzehogeschool Groningen Netherlands and Faculty of Health Care of the University of Prešov Slovakia are the cooperating partners of the project in cooperation with 15 participating partners from the Western Balkan, which representative Albania, Bosnia & Herzegovina, Serbia and Montenegro.

**Results and Discussion.** In connection with planned project activities was adopted strategic document entitled "Competencies, objectives and results of the new curriculum in nursing in the Western Balkans", which agreed core competency for students in the areas: management of the patient's health, quality of care, management skills, educational and legal issues, ethics, research, administration documentation, communication skills and team work ability. Presented topics and planned presentations and workshops focused on: global and European standards of education, nursing; organization of education in nursing for partner countries; learning objectives and results; Renewal of curricula of individual subjects; development of competences and learning outcomes in nursing; methods aimed at assessing the theoretical knowledge and practical skills of the students, evaluation methods in clinical practice, working with virtual patients and the management of the quality of care.

**Conclusion.** Between the participating countries of the EU and the Western Balkans is the cooperation which envisages modifications in the content of the curriculum, in the allocation of ECTS credits, scheduled changes in government regulations and modification of the nursing curriculum.

**Key words:** Nursing. Study programme. Methods of assessment. Curriculum. The partner countries.

#### Introduction

Transformation of education in the European Union has brought numerous changes in the modification of teaching, curriculum and time allocation of classes within courses, implementation of new teaching methods to studies, etc.

Profile of the study program at the Faculty of Health Care, University of Prešov meets the criteria recommended by the standards of the European Union, the recommendations of the Munich Declaration (2000) and the criteria of the Bologna Declaration (1999). The key competencies for nursing as recommended by the EU are: communication skills and competences, critical thinking skills and effective problem solving skills, ability to utilize modern information technologies, abilities of adapting to the role of the teacher, consultant, advocate, counsel for the patient, and additionally, personal and interpersonal skills (Kuriplachová et al. 2014). The current university system of education in the field of study of nursing in Slovakia is guided by the European Parliament and Council Directive 2013/55 / EU amending the Directive 2005/36 / EC on the recognition of professional qualifications and legislative documents, such as: Slovak Government Regulation no. 296/2010 Coll. on professional competences for the performance of a medical profession, the means of the further education of health care professionals, the system of specializations and system of certified work activities and the Ministry of Health no. 364/2005 Coll., establishing the scope of nursing practice provided by the nurse independently and in collaboration with the physician and the scope of midwifery practice provided by

a midwife independently and in cooperation with a physician (no. 470/2006 Coll., as amended) (European Directive 2013 / 55 / EU, NV SR no. 296/2010 Coll. Ministry Decree no. 364/2005 Coll.). The range of time allocation for the study department of nursing is 4600 hours, where at least half of the time allocation of hours, i.e. 2300 hours shall meet the practical activities in the field of vocational training of nurses. Student workload is the ratio of contact and non-contact time in accordance with the EU directives. The content of the field of study for the first stage of university studies (Bc.) entitles the nurse for activities whereby: provides individualized nursing care by the method of the nursing process independently; provides the preventive, supportive, therapeutic, rehabilitative care and assistance to individuals, families and communities; maintains and supports optimal health of individuals, families, groups and communities in situations that require nursing care; acquires the active participation of individuals, families, groups and communities in the process of the maintenance and health promotion, treatment and education; ensures the maximum quality of nursing care in accordance with ethical principles; respects the rights of patients; and is able to think critically and work with credible research results (Characteristics of the study department 2015).

The project called Tempus IV - CCNURCA (Competency Based Curriculum Reform in Nursing and Caring in Western Balkan University, no. 544169-TEMPUS-1-2013-1-BE-TEMPUS-JPCR) is currently running within the framework of international co-operation, whose main objective is the use of

methods, techniques, and activities to upgrade the curriculum in nursing. This is a three-year project with expected finalization of the project objectives in February 2017.

## Project objectives

Project TEMPUS IV - CCNURCA is focused on the reformation of a nursing training at the university level in accordance with the competence standards that shall be met by all Member States of the European Union (European Directive 2013/55 / EU, Article 31/33).

The specific objective of the project is to implement the current European requirements of education in nursing and to analyze the curriculum in educational institutions for nursing education in the Western Balkan countries (Western Balkan, WB). Another objective of the project is to design the nursing education framework that is in line with the Bologna Declaration and European standards and will incorporate ECTS credits in the curriculum of the study program. During the implementation of this project, the training (retraining) of university teachers from WB countries was carried out, as well as the selection of students in the pilot study from the participating countries and their training. The implementation of the pilot phase of the new curriculum in accordance with good educational standards, implementation of new methods in education in nursing, and trying to outline proposals for new legislation that corresponds with changes in the curriculum of education in nursing within the trans-European network, was essential. The planned output

of the project is a successful evaluation and accreditation of the new study program in nursing and subsequent changes in legislative standards of the countries involved in the project (Current situation in nursing education in the EU with emphasis on Belgium 2014).

## Methodology

As part of the planned activities of the international project TEMPUS IV - CCNURCA, consortiums were conducted on the territory of participating countries, during which seminars, workshops, and working meetings were held. Working groups, whose task was to jointly develop modifications to the content of the curriculum in accordance with the partner countries, were created in the initiation phase of the project. In the next phase of the project, questionnaires focusing on research itself, teaching and teaching methods were distributed in order to fulfil the objectives of the project. Training courses for teachers were being carried out in order to innovate the technical education in the study program of nursing.

The leader of the project is Odiseo Belgium; cooperating partners of the project are Hanzehogeschool Groningen, the Netherlands and the Faculty of Health Care, University of Prešov, Slovakia in cooperation with fourteen participating partners from the Western Balkans: Albania, Bosnia and Herzegovina, Serbia and Montenegro (Table. 1) (Competency based Curriculum Reform in Nursing and Caring in Western Balkan Universities 2014).

**Table 1** List of project partner institutions CCNURCA

List of partner organisations				
Partner no	Role	Organisation Name	City	Country
P1	Applicant	Katholieke Hogeschool Sint-Lieven	Gent	Belgium
P2	Partner	University of East Sarajevo	East Sarajevo	Bosnia and Herzegovina
P3	Partner	Unviersity of Mostar	Mostar	Bosnia and Herzegovina
P4	Partner	University of Zenica	Zenica	Bosnia and Herzegovina
P5	Partner	University of Montenegro	Podgorica	Montenegro
P6	Partner	Eqrem Çabej University of Gjirokastra	Gjirokastra	Albania
P7	Partner	"Fan S. Noli" University	Korca	Albania
P8	Partner	University of Shkodra "Luigj Gurakuqi"	Shkoder	Albania
P9	Partner	Hanze University of Applied Sciences	As Groningen	Netherlands
P10	Partner	University of Presov	Preso	Slovakia
P11	Partner	Ministry of Education and Culture of Republic of Srpska	Banja Luka	Bosnia and Herzegovina
P12	Partner	Ministry of education, science, culture and sport of ZEDO Canton	Zenica	Bosnia and Herzegovina
P13	Partner	Ministry of Education Montenegro	Podgorica	Montenegro
P14	Partner	Ministry of Health and Welfare of Republic Srpska	Banja Luka	Bosnia and Herzegovina
P15	Partner	Ministry of Health Hercegovacko Neretvanski canton	Mostar	Bosnia and Herzegovina
P16	Partner	Ministry of Health Zenica Dobojski canton	Zenica	Bosnia and Herzegovina
P17	Partner	Ministry of Health of Albania	Tirane	Albania

Members of the CCNURCA Consortium (2014).

A complete picture of the participating countries in the number seventeen is confirmed by the fact that a greater number of educational institutions is from the countries of Albania, Bosnia and Herzegovina, and Montenegro. These countries are represented by the governing bodies, i.e. the Ministry of Health, and Ministry of Education and Culture of the countries of WB.

## Results and Discussion

The outcome of the solution for the studied issues in nursing education in the countries of WB was the international profile of the nurses' training within selected European countries (Tab. 2) (Nolan and Brimblecombe 2007).

**Table 2.** Summary of education in nursing in selected European countries

Country	First level nurse: registered					Second level nurse	
	Sector		Length in years	Qual	General/specialist	Title	Length in years
Belgium	HE	SN in UC sector	3	Degree	General	Diploma	3
Denmark	HE	SN in UC sector	3.5	Degree	General		
Finland	HE	Polytechnics	3.5	Degree	General	Practical	3
France	FE	SN	3	Diploma	General		
Germany	FE	SN	3	Diploma	DE	Nurse assistant	1
Ireland	HE	University	4	Degree	DE		
Italy	HE	University	3	Degree	General ( some DE)		
Netherlands	HE	SN	4	Degree	General	MBOV	4
Norway	HE	University/UC	3	Degree	General		
Spain	HE	University	3	Degree	General		
Sweden	HE	University	3	Diploma	General	Licensed	3
Switzerland	Voc HE	SN University	3	Diploma	General		
UK	HE	University	3	Diploma and degree	Branch		

HE: Higher Education; SN: school of nursing; UC: university college; CC: community college; DE: Direct entry; FE: further education; Ng coll: nursing college; PN: psychiatric nursing; Voc: vocational. (Current situation in nursing education in the EU with emphasis on Belgium 2014).

Of the data collected, it is evident that five of the twelve EU countries (Belgium, Finland, Germany, Netherlands and Sweden) provide a two-level education for nurses. United Kingdom, among other countries of the EU, is characterized by the fact that the education of nurses moved to the university level. France, Germany and Switzerland offer the training of nurses in nursing schools and in France, a campaign for nurses is running in order to transfer the nursing education to a higher education (Debout 2007, Lorensen et al., 1998).

Nursing education in WB countries is in the transition period (implementation of new methods, development of new methods based on existing competences, creation of joint programs with other institutions). There are differences in the basic training of nurses (secondary qualification, post-secondary qualification, and bachelor studies). Impact on nursing education is represented the establishment of private universities offering education programs in nursing with a different standard than the public universities. This creates a room for improvement in theoretical and practical areas. The current study programs are oriented towards biomedical way and not holistically. Most systems do not cover the required allocation - 4600 hours of teaching (including half of them in the clinical conditions). Methods for theoretical and practical training require innovation. Despite these deficiencies, there are also positive trends in nursing education, such as the ongoing reforms in the context of European criteria for the higher

education, implementation of new strategies and cooperation with the concerned organizations, cooperation within individual faculties, investments in the material equipment of educational institutions, and, finally, national projects in the interest of the innovation of nursing education. CCNURCA project represents a dominant basis for resolving these issues (Competency Based Curriculum Reform in Nursing and Caring in Western Balkan Universities 2014).

In the initial phase of the project, the participating countries presented (in Gent) the actual situation of education in nursing at their mother educational institutions. Based on the literature review and presentation of information from partner institutions, the differentiation in the education of nurses among the countries of EU and WB, covering the area of the government policy and relating legislation, the area of nursing practice and education, could have been detected. In the course of the following meeting, the strategic document entitled: "Competence, objectives and results of the new curriculum in nursing in the Western Balkan" was adopted. The participating countries of the project created working groups in which partners from the EU initiated the role of a mentor to a group of partner countries in WB, which in turn led to the formation of three working groups:

1. Groningen (Netherlands) »partners from Albania;
2. Odisei (Belgium) »partners from Bosnia and Herzegovina;
3. Presov (Slovakia) »partners from Montenegro.

Key competences for students in the areas of: management of the patient's health, quality of care, management skills, educational and legal issues, ethics, research, administration documentation, communication skills and team work were agreed within the adopted document.

Activities in the individual time stages of the project focused on teaching methodologies for the practical abilities and skills in the study program of nursing. Demonstrations, discussions and mutual exchange of knowledge were highly appreciated by all participating partners. Trainings and training sessions focused on the content of the practical training in nursing among the partners of the EU and WB were held, likewise, the very management of capabilities and skills within the practical training, its organization and the possibilities of e-learning in the education of students. It was necessary to monitor the feedback of a practical training and training evaluation in the clinical environment. The evaluation of a curriculum and the schedule of a study program of nursing were running in the theoretical level. The activity to support the education of teachers themselves, so-called program TOT (training of trainers), where the participating specialists from the ranks of teachers were giving trainings in new techniques within the theoretical and practical training to each other, was deemed inspirational. (Current situation in nursing education in the EU with emphasis on Belgium 2014).

From 9.2.2015 to 11. 2. 2015, the Faculty of Health Care, University of Prešov was organising the CCNURCA meeting at its premises. Within the program carried out by the consortium, issues of the partner universities with the subsequent implementation of the project evaluation (changes in the project, achievements, suggestions for improvement, etc.) were presented and activities carried out during the project, publishing projects, financial overview of the project activities, external evaluation of the project results and schedule of tasks for the next two years of the project, focusing on the forthcoming training program (Bosnia and Herzegovina) were analyzed. During consortium, theoretical methodology of teaching in nursing, the use of traditional and innovative methods, such as: lecture, group instruction strategies: snowball, learning based on problems, role playing methods, simulations, etc., were presented. The evolution of evaluating the capabilities and skills of students in the clinical environment was presented from the historical perspective (a detailed description of the schedule for the study program of nursing) (Kuriplachová et al. 2015). Representatives from WB countries formed working groups with the project co-workers from EU countries, where each group worked on the creation of the matrix of students' competences and skills, time allocation for the course, creation of adequate workload for a student, and analysis of study program schedule. The comparison of individual study programs in terms of allocated hours, the ratio of theoretical and practical training, qualifications of mentors of the practical training, a description of ECTS credits, defining competencies and learning outcomes, and others, were required. Studied curriculum proposals, information sheets, and study plans were discussed with experts from EU countries and then modified according to the recommendations (Consortium meeting and seminar in Presov 2015).

Further meetings of representatives of the countries participating on the project supported the presentation of alternative teaching methods with regard to the learning process. Simultaneously, mind maps that promote critical thinking, the ability to see problems and improve the patient's capacity for creativity among students were presented. In order to innovate the

technical skills, simulation methods were presented. Presented suggestions within the pilot program, such as learning objectives, learning outcomes, theoretical and practical competences, teaching methods, the methodology of evaluation, and ECTS credits (program guide, curriculum handouts), were implemented in the new curriculum and were offered in the study programs of nursing and midwifery in the countries of WB. CCNURCA project leaders recommended to implement a curriculum reform in the education of the health care as a national priority for the three partner countries - Montenegro, Bosnia and Herzegovina and Albania, whereas the main objective of the project is to reform the curriculum in nursing, which is also in line with the Bologna Declaration (Coordination meeting preparation of Future Activities 2015). The validation of the curriculum as a pilot project and the translation of materials into English and German were carried out. The pilot project aimed for testing the new curriculum is planned for the academic year 2015-2016. The new program shall be validated in this way and shall monitor the suitability of students, self-efficacy, and satisfaction of teachers. All stakeholders - students, teachers, representatives of ministries will closely cooperate in the implementation of the project. Currently, the partial results of a questionnaire survey focusing on the innovation of teaching itself are being evaluated. The action plan shall be designed to be able to implement new teaching methods and evaluation procedures in the study program (Oruc et al. 2015).

Presented and planned topic presentations and workshops are focused on: global and European standards of education, nursing, organization of education in nursing for partner countries, learning objectives and outcomes, development of a curriculum for individual courses, competencies and learning outcomes in nursing, assessment of the practical training methods in education, testing quality and evaluation of student's performance, evaluation methods in clinical practice, and the work with virtual patients and the management of the quality of care.

Implementation of learning outcomes to the level of study courses is clearly linked to their definition within the content of information sheets of particular courses in the study programs. The complete content of learning outcomes in the curriculum is primarily based on Bloom's revised taxonomy (Atherton 2013). It is necessary to take into account, while compiling the information sheet for the specific course of the study program, the following: the credit load, review of the number of credits, which represents the amount of work that the average student shall complete for the successful completion of the course; the time in hours allocated to the course, it is the ratio of lecture and seminar hours representing the teaching form of the course (in the form of  $x / y$ ); form of teaching, either present, distance or combined form of study and the method of the course completion, the course of the study program may be terminated by its completion, and the continuous assessment during the lecture or exam period. Condition for the progress of a student to the next year of study is to obtain the prescribed number of credits in the previous year, representing 60 ECTS credits (European Credit Transfer System). Courses that constitute the study program in nursing are evaluated by the number of credits that reflect the load (workload) of the student (Zabalegui et al. 2006). The education of nurses in Slovakia shall be compatible with European criteria; the curriculum shall be oriented to the whole personality of the patient, not just the process of a disease treatment. Basic

principles of nursing training in EU countries are based on the principles of the European Federation of Associations of Nursing (EFAN), International Council of Nursing (ICN) and the World Health Organization (WHO) (Regulation (EC) No 1638/2006, Regulation (EC) No 1905 / 2006).

Monitoring activities, within which questionnaires will be distributed, to evaluate the satisfaction of stakeholders with changes in education are planned and they will then be sent to the coordinator and other members of the project. In the future, the intention of the current cooperation between the countries within the consortium is to prepare bilateral agreements regarding the placement of students and teachers and participation in joint international projects.

## Conclusion

Educational institutions shall prepare action plans for innovations in preparing students and provide the necessary material and equipment for teachers. The control of the implementation of the new methodology of teaching in education and evaluation of cooperation between representatives of educational institutions with government authorities shall be carried out. Presentation of the action plans of all activities of the involved universities shall run until the end of the project. Dissemination of the project tasks results and publication of created and modified teaching materials scheduled in the specified time period. Establishment of a network among the participating countries of the EU and WB assumes the planning of modifications in legislative standards (Competences, goals and outcomes for new nursing curriculum on universities WB 2015). The results and ongoing information are exchanged by the participating countries on various meetings and consortia, which are simultaneously a prerequisite to stimulating proposals and planned changes.

Based on these findings, it is alleged that the emphasis on the autonomy in nursing care will be placed in the nursing practice. It is also expected in the next period that there will be a space created for the application of the set professional competencies and multi-professional approach to the promotion of health. The domain of education shall be the evidence-based practice, taking into account the specification of each individual and creating professional nursing standards in nursing. Results of the project consortia CCNURCA represent innovative changes for the countries of the Western Balkan. Educational institutions, health care institutions and government organizations shall unite their efforts for the sake of reforming the curriculum. EU partner countries represent a supervisor role and support participating countries in the innovation of study programs.

## Bibliography

1. Atherton JS. 2013. *Bloom's taxonomy*. [online]. Learning and Teaching. [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://www.learningandteaching.info/learning/bloomtax.htm>
2. Current situation in nursing education in the EU with emphasis on Belgium. 2014. *Analysis of current situation in nursing education in EU and in the WB region*. [online]. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.ccnurca.eu/node/78>
3. Coordination meeting preparation of future activities, 2015. *Project Newsletter No.2*. (September 2015). [online]. [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: <http://www.ccnurca.eu/newsletters>
4. Competency based Curriculum Reform in Nursing and Caring in Western Balkan Universities. 2014. *Newsletter No.1*. (September 2014). [online]. [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: <http://www.ccnurca.eu/newsletters>
5. Competences, goals and outcomes for new nursing curricula on WB universities. 2015. *Analysis of current situation in nursing education in EU and in the WB region*. [online]. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.ccnurca.eu/node/78>
6. Consortium meeting and seminar in Presov, 2015. *Project Newsletter No.2*. (September 2015). [online]. [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: <http://www.ccnurca.eu/newsletters>
7. Debout, C. 2007. *The French healthcare system at a glance*. Presentation to European Academy of Nursing Science Summer School, York. International Council of Nursing. [online]. [cit. 2015-04-09]. Dostupné z: <http://icnapanetwork.org>
8. European Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 2013. 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU).
9. *Charakteristika študijného odboru*. 2015. Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove. [online]. [cit. 2016-04-14]. Dostupné z: <http://www.unipo.sk/7456/>
10. Kuriplachová, G., M. Magurová., S. Hloch., S. Chattopadhyaya. 2014. Effectiveness of education in nursing. Dhanbad: Indianschool of mines in Dhanbad, 2014, 144 s. ISBN 978-93-5212-000-0.
11. Kuriplachová, G., D. Magurová., A. Hudáková., Š. Andraščíková., E. Rybárová., 2015. New teaching methods for practical training in nursing within the project tempus iv – ccnurca. *Mefanet J*. 2015; 3(2): 64–68.
12. Lorenson, M., D. Jones., G. Hamilton 1998. Advanced nursing practice in the Nordic countries. *Journal of Clinical Nursing* 7 (3): 257-264.
13. Oruč, M., D. Bokonjicb., F. Dumez., M. Kaajkd., E. Rybarova., S. Tandirf., A. Mujezinovicg., D. Jovich. 2015. Nursing Education in BiH: Roadmap toward the EU Directive. In. *Sanitas Magisterium*, Autumn 2015, 1 (2), p. 73-82. [online]. [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: <http://sanitasmagisterium.com>
14. Members of the CCNURCA Consortium. 2014. *Analysis of current situation in nursing education in EU and in the WB region*. [online]. [2015-04-14]. Dostupné z: <http://www.ccnurca.eu/node/78>.
15. Moreno-Casbas, T. 2005. Nursing research in Europe. Scoping report. *National Board for Health* (post 2004). [online]. [2015-04-16]. Dostupné z: [http://www.fepi.org/docu/countryprofile/Prof\\_DK\\_EN.pdf](http://www.fepi.org/docu/countryprofile/Prof_DK_EN.pdf)
16. Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

17. Nolan, P, N. Brimblecombe. 2007. A survey of the education of nurses working in mental health settings in 12 European countries. *International Journal of Nursing Studies* 44, 407-414.
18. Regulation (EC) 2006. No 1638/2006 of the European Parliament and of the Council laying down general provisions establishing a European Neighbourhood and Partnership Instrument, 24 October 2006; [online]. [2015-04-12]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/oj\\_1310\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/oj_1310_en.pdf)
19. Regulation (EC) 2006. No 1905/2006 of the European Parliament and of the Council establishing a Financing Instrument for Development Cooperation, 18 December 2006; [online]. [2015-04-12]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:378:0>
20. Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom (v znení č. 470/2006 Z.z.).
21. Zabalegui A et al., 2006. Changes in nursing education in the European Union. *Journal of Nursing Scholarship* 38 (2): 114-118

Kontakt:

---

PhDr. Anna HUDÁKOVÁ, PhD.  
University of Prešov in Prešov  
Faculty of Health Care, Department of Nursing  
Partizánska, 1  
080 01 Prešov  
E-mail: [Anna.Hudakova@unipo.sk](mailto:Anna.Hudakova@unipo.sk)  
mob. +421907 412 206; +421 51 7562 460

## Kvalita života pacientů s roztroušenou sklerózou

### The Quality of Life of the Patients Suffering from Multiple Sclerosis

Petra Poková, Lukáš Ryba, Šárka Stašková, Jaroslav Honzů

Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra Fyzioterapie a ergoterapie

#### Souhrn

V předloženém příspěvku jsme se pokusili zmapovat kvalitu života pacientů s roztroušenou sklerózou. Zvolili jsme standardizovaný dotazník SF 36. Celkem jsme si stanovili tři předpoklady, které byly vyhodnoceny na základě výsledků dotazníkového šetření. Z počtu 130 respondentů bylo 123 osob z České republiky a 7 osob ze Slovenské republiky. Zjistili jsme, že pacienti mají bolesti způsobené samotným onemocněním, že dochází k poklesu jejich pracovní schopnosti a jsou omezovali v ADL aktivitách již během prvních pěti let onemocnění.

**Klíčová slova:** Roztroušená skleróza. Kvalita života. SF 36.

#### Summary

In the present paper we attempted to map the quality of life in patients with multiple sclerosis. The method used was the standardized questionnaire SF 36. Three preconditions were determined and consequently evaluated on the basis of the questionnaire survey results. Out of the total number of 130 respondents, 123 were from the Czech Republic and 7 from the Slovak Republic. The results showed that patients suffer from pains caused by the disease itself. Their working ability decreases and the patients are restricted in ADL activities during the first five years of the disease.

**Key words:** Multiple sclerosis. Quality of life. SF 36.

#### Úvod

Roztroušená skleróza (RS) je onemocnění centrálního nervového systému. V patogenezi tohoto onemocnění se uplatňují autoimunitní mechanismy a dochází k poškození myelinu a axonů. Právě ztráta axonů je příčinou invalidity pacientů s tímto onemocněním (Havrdová, 2005).

Příznaky onemocnění jsou nejdůležitějším kritériem ovlivňující kvalitu života pacientů. Záleží tedy na lokalizaci zánětlivého ložiska v centrálním nervovém systému. Rozlišujeme příznaky specifické pro dané onemocnění, vyskytující se častěji, a nespecifické, které mohou být v počáteční fázi diagnostiky zaměňovány za příznaky jiných patologických procesů. Všechny příznaky RS je třeba respektovat, výskyt nových příznaků může znamenat vznik nového zánětlivého ložiska nebo akutní ataku. Pacienty trápí motorické poruchy, senzitivní poruchy, spasticita, optická neuritida, sfinkterové poruchy, mozečkové poruchy, intenzivní třes, ataxie končetin, vertigo, sexuální poruchy, únava, deprese (Havrdová, 2015; Havrdová, 2000; Ambler, 2004; Řasová, 2007).

#### Kvalita života

Kvalita života je multidimenzionální pojem, kde se uplatňuje mnoho veličin, které se mění v závislosti na osobě, u které je kvalita života zkoumána či na oblasti života, ve které je kvalita života hodnocena (Gurková, 2011).

Kvalita života z pohledu zdraví byla hodnocena na základě objektivně nazíraného fyzického a psychosomatického zdraví jedince. Změnu v tomto přístupu přinesla definice zdraví, která byla vytvořena Světovou zdravotnickou organizací (WHO), která definuje zdraví jako: „stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, ne pouze absence nemoci nebo vady.“

Pacienta nelze hodnotit jako zdravého pouze na základě zdravotních testů či výsledků zobrazovacích metod nebo laboratoří, ale je třeba jej hodnotit i ze subjektivního pohledu pacienta, jeho vlastního vnímání své mentální a sociální situace.

Snaha o hodnocení kvality života vznikla jako důsledek empirického vyjádření úspěšnosti léčby a poskytované doprovodné terapie.

Ke zjišťování kvality života se využívají různé typy dotazníků, které se snaží vyjádřit kvalitu života tak, jak jí pacient subjektivně vnímá. U pacientů s diagnózou RS se využívá dotazník Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory. Jedná se o komplexní a rozsáhlý dotazník, který má za cíl zhodnotit kvalitu osobní, rodinné, pracovní a sociální oblasti pacientova života. V rámci dotazníku pacient subjektivně hodnotí jednotlivé oblasti života ovlivněné příznaky choroby, omezení zapříčiněné chorobou a způsob vyrovnávání se s omezeními (Řasová, 2007).

Dotazník Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory je tvořen několika dotazníky a hodnotícími škálami.

Dotazník o zdravotním stavu - Health Status Questionnaire: SF 36 – hodnotí pacientovo subjektivní vnímání choroby. Pro hodnocení únavy se používá modifikovaná škála dopadu únavy - Modified Fatigue Impact Scale (MFIS). Bolestivě vjemy hodnotí škála dopadu bolesti - Pain Effect Scale (PES). Problémy v oblasti sexuálních aktivit hodnotí škála sexuálního uspokojení - Sexual Satisfaction Scale (SSS). Problémy spojené s ovládním močového měchýře hodnotí škála kontroly močového měchýře - Bladder Control Scale (BLCS) a problémy s vyměšováním stolice hodnotí škála kontroly vyměšování stolice - Bowel Control Scale (BWCS). Problémy spojené se zrakem hodnotí škála dopadu zrakové kontroly - Impact of Visual Impairment (IVIS). Problémy s kognitivními funkcemi hodnotí dotazník vnímaných deficitů - Perceived Deficits Questionnaire (PDQ). Subjektivní vnímání pocitů úzkosti, deprese a celkovou schopnost ovládat chování a emoce hodnotí přehled ukazatelů duševního zdraví - Mental Health Inventory (MHI). Všeobecnou podporu, kterou se pacientovi dostává ze strany přátel, rodiny a sociálních pracovníků hodnotí modifikovaná škála sociální podpory - Modified Social Support Surve (MSSS) (Řasová, 2007).



Výše popsané dotazníky mají své vlastní formuláře, do kterých pacient zaznamenává své odpovědi. Pokud jsou dotazníky používány jednotlivě, provádí se jejich vyhodnocení dle pravidel, která se vztahují k danému dotazníku. Jsou-li dotazníky používány v rámci komplexního hodnocení kvality života pacienta prostřednictvím dotazníku Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory, zaznamenává se skóre, kterého pacient dosáhl u každého dílčího dotazníku, do celkového hodnotícího formuláře, jehož následné vyhodnocení podává velmi rozsáhlé hodnocení kvality života pacienta s RS (Řasová, 2007).

## Cíl práce

Hlavním cílem práce bylo zhodnocení kvality života pacientů s onemocněním RS. Dílčím cílem bylo vybrání vhodného standardizovaného dotazníku pro hodnocení kvality života, distribuce dotazníku nemocným s RS, zpracování a vyhodnocení dotazníkového šetření, potvrzení či vyvrácení stanovených předpokladů šetření.

Na základě studia odborné literatury a samotné práce s nemocnými s RS jsme předpokládali, že pacienti s tímto onemocněním nemají bolesti způsobené samotným onemocněním, dochází k poklesu jejich pracovních schopností a jsou omezeni v ADL aktivitách již během prvních pěti let od diagnostikování onemocnění.

## Metodika

Pro potřeby této práce byl zvolen kvantitativní výzkum prostřednictvím standardizovaného dotazníku RAND 36 – Item Health Surve (SF 36). Dotazník se zaměřuje na hodnocení vnímání změny zdravotního stavu, fyzického fungování, fyzické a emocionální role, tělesné bolesti, obecného zdraví, vitality, sociálního fungování a duševního zdraví. Z důvodu potřeby údajů respondentů o věku, pohlaví a době diagnostiky RS byly do dotazníku přidány 3 otázky zaměřené na tyto oblasti.

Všichni respondenti, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, splňovali podmínku minimálního věku 18 let, měli diagnostikované, od lékaře potvrzené, onemocnění RS.

Distribuce dotazníků probíhala v časovém období od 01. 12. 2015 do 29. 02. 2016. Respondenti vyplňovali dotazník v papírové podobě nebo prostřednictvím online dotazníku, vytvořeného v internetové aplikaci pro tvorbu online dotazníků [www.survio.com](http://www.survio.com).

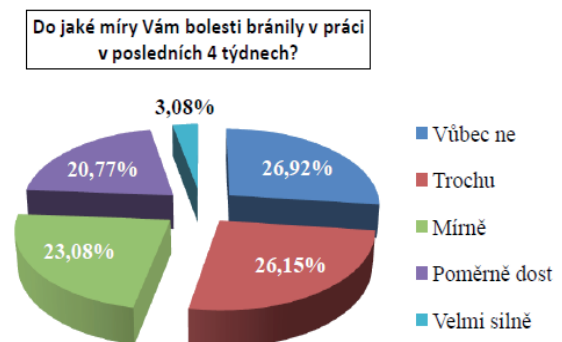
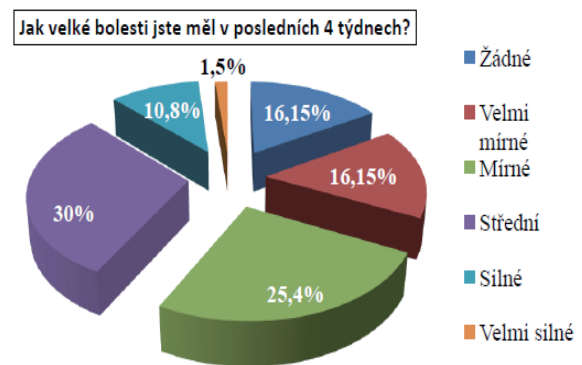
Dotazníky v papírové podobě byly vyplněny respondenty, kteří byli hospitalizováni v Plzeňských nemocnicích nebo docházeli do ambulantních zařízení v Plzni. Online dotazníky byly vyplněny respondenty, kteří jsou schválenými členy ve skupinách na internetovém portále [www.facebook.com](http://www.facebook.com). - Roztroušená skleróza Plzeň; Roztroušená skleróza – lidé s RS sdružíme se a poraďme si; Roztroušená skleróza.

Celkem začalo dotazník vyplňovat 344 respondentů. Celkový počet responsí je 130, celkový počet nedokončených dotazníků je 214. Z počtu 130 respondentů bylo 103 žen a 27 mužů, 123 osob z České republiky a 7 osob ze Slovenské republiky.

Pro účely vyhodnocení předpokladu, že jsou pacienti omezeni v ADL aktivitách již během prvních pěti let od diagnostikování onemocnění, byly vybrány dotazníky od respondentů, kteří mají RS pět let a méně. Počet respondentů splňujících uvedená kritéria byl 54.

## Výsledky

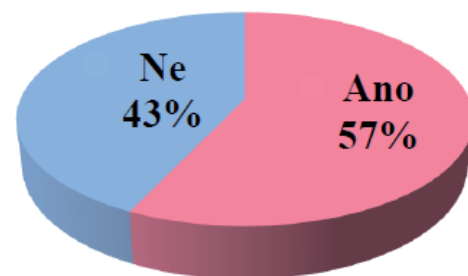
Předpoklad, že pacienti s RS nemají bolesti způsobené samotným onemocněním, se nepotvrdil.



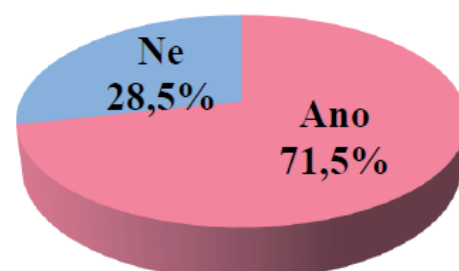
83,85 % respondentů mělo v posledních 4 týdnech nějakou bolest a 73,08 % respondentů mělo bolesti, které je omezovaly při práci.

Předpoklad, že dochází k poklesu jejich pracovních schopností, se potvrdil.

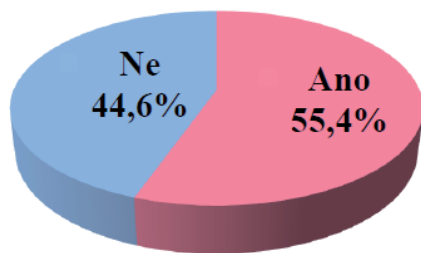
Zkrátil se kvůli zdravotním potížím čas, který jste věnoval práci či jiné činnosti?



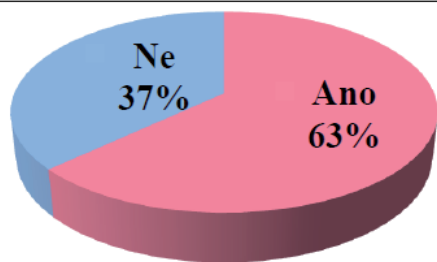
Udělal jste kvůli zdravotním potížím méně, než jste chtěl/a?



Byl jste, kvůli zdravotním potížím, omezen v druhu práce nebo jiných činnostech?



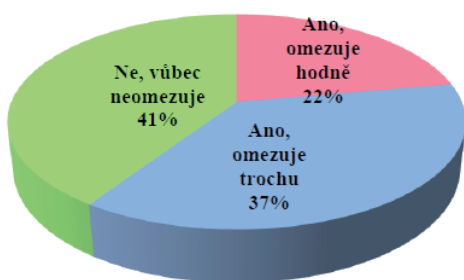
Měl jste kvůli zdravotním potížím potíže při práci nebo jiných činnostech?



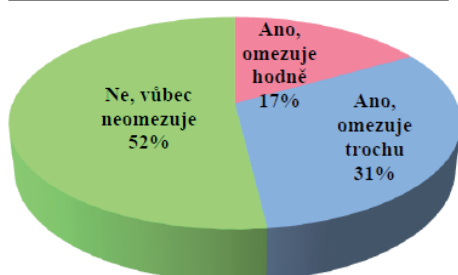
U 57 % respondentů došlo v důsledku choroby ke zkrácení času, který věnovali práci nebo jiné činnosti díky zdravotním potížím. 71,5 % respondentů udělalo v práci či při jiné činnosti méně než chtěli. 55,4 % respondentů bylo omezeno v druhu práce či jiných činnostech kvůli zdravotním potížím. 63 % respondentů mělo potíže při práci nebo jiných činnostech. 42,3 % respondentů zkrátilo čas, který věnovali práci či jiné činnosti, kvůli emocionálním potížím. 49,2 % respondentů udělalo v práci nebo při jiné činnosti méně, než chtěli, díky emocionálním potížím. 50,8 % respondentů bylo při práci či jiné činnosti méně pozorných než obvykle.

Předpoklad, že jsou pacienti omezeni v ADL aktivitách již během prvních pěti let od diagnostikování onemocnění, se potvrdil.

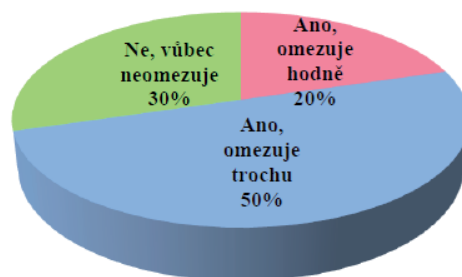
Omezuje Vás vaše zdraví při středně namáhavých činnostech (posouvání stolu, luxování apod.)?



Omezuje Vás vaše zdraví při zvedání nebo nošení běžného nákupu?



Omezuje Vás vaše zdraví při chůzi po schodech několik pater?



22,2 % respondentů udává velké omezení při středně namáhavých činnostech a 37,1 % udává omezení mírné. 16,7 % respondentů udává velké omezení při nošení či zvedání běžného nákupu, 31,4 % udává omezení mírné. 20,4 % respondentů udává silné omezení, musí-li vyjít po schodech několik pater, 50 % udává omezení mírné. 5,6 % respondentů udává silné omezení, musí-li vyjít po schodech jedno patro. 18,5 % respondentů udává silné omezení, mají-li ujít zhruba 1 kilometr, 27,8 % respondentů poté udává omezení mírné. 5,6 % respondentů udává silné omezení, mají-li ujít po ulici několik set metrů a 18,5 % respondentů udává omezení mírné. 1,8 % respondentů udává silné omezení, mají-li ujít po ulici sto metrů a 16,7 % respondentů udává omezení mírné. 1,8 % respondentů udává silné omezení při koupání či oblékání doma bez cizí pomoci a 5,6 % respondentů udává omezení mírné. 77,75 % respondentů mělo pocit, že jejich společenskému životu brání zdravotní nebo emocionální potíže. 76 % respondentů mělo alespoň někdy pocit, že jejich zdravotní nebo emocionální potíže brání jejich společenskému životu.

## Diskuze

Podkladem pro vyhodnocení prvního předpokladu bylo vyhodnocení otázek, které se týkaly bolesti. Výsledky ukazují, že bolestí v silnější a stálejší formě trpělo přes 42 % respondentů. Výsledky jsme se pokusili srovnat s výsledky studie uváděné Lenským (1996), ale srovnání nemůže být relevantní, protože nevíme, kolik respondentů se účastnilo studie Lenského.

Lenský (1996) píše: „bolest, vztahující se přímo k RS, nepatří k jejím původním, specifickým projevům. Její přítomnost je doprovodným znakem a podle odhadu se vyskytuje v silnější a stálejší formě asi u 25 až 35 % RS. Nepředstavuje nejhorší ani neodstranitelnou komplikaci choroby, nicméně může být stresorem, sehrávajícím zápornou úlohu v reflektorických vazbách, vyvolává nebo zvětšuje svalové spazmy, ty pak mohou být také bolestivé, a bludný kruh se uzavírá“ (Lenský, 1996, s. 49). Zánětlivá aktivita v oblasti CNS, která je hlavním projevem RS, nepůsobuje primárně bolest. Ta je vyvolána až druhotnými změnami, ke kterým vede narušení nervových struktur.

Pacienti s RS mají bolesti způsobené vadným držetím těla, zejména asymetrií pánve, končetin a asymetrií způsobené nesprávným stereotypem chůze. U pacientů s RS se mohou rozvíjet degenerativní změny kloubů, ke kterým může přispívat i spasticita.

U pacientů s RS se ve zvýšené míře vyskytuje osteoporóza. Příčinou rozvoje je zánětlivá aktivita a demineralizace, která je vedlejším účinkem léčby kortikoidy.

Havrdová (2005) uvádí bolesti trigeminu, které se u pacientů s RS vyskytují 300x častěji než u populace zdravé. Dalším zdrojem bolesti může být tonický záchvat, pálivá parestazie, spasticita, nevhodné lokomoční a kompenzační pomůcky a jejich špatné použití. Pacienti s RS si často stěžují na bolestivé vpichy po injekční aplikaci léků.

Podkladem pro vyhodnocení druhého předpokladu bylo vyhodnocení otázek, které se týkaly času, pracovního výkonu a druhu práce z pohledu zdravotních a emocionálních potíží. Respondenti sledovaného souboru potvrdili, že u pacientů s RS onemocněním k poklesu pracovních schopností dochází.

U pacientů s RS je míra poklesu pracovní schopnosti hodnocena na základě nejtěžšího příznaku. Otázkou je, zda je tento systém v případě RS vhodný, protože pacienti často trpí větším množstvím příznaků najednou. Přítomnost několika symptomů současně často pacienta zatěžuje více, než by jej zatěžovala přítomnost pouze jednoho symptomu.

Mírou poklesu pracovní schopnosti se zabývá Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 359/2009 Sb. s účinností od 01. 01. 2010. U pacientů s RS je míra poklesu pracovní schopnosti hodnocena dle této vyhlášky, na základě těchto parametrů: „stav funkčních systémů - pyramidového, mozečkového, senzitivního, zrakového, kmenového, funkci sfinkterů, schopnost chůze, stání, dopad zjištěných skutečností na celkovou výkonnost. K hodnocení pokročilosti roztroušené sklerózy mozkomíšni se používá Kurtzkeho škála EDSS. Samotný nálezn CT, MRI bez klinického korelátu a funkčního postižení nemá dopad na pracovní schopnost.“

Lenský (1996) uvádí, že pracovní schopnost pacienta s RS by neměla být posuzována pouze podle velikosti funkčního postižení, ale i dle charakteru práce, kterou pacient v rámci svého zaměstnání vykonává. Odlišné hodnocení bude u pacienta vykonávajícím sedavé administrativní zaměstnání a u pacienta, který pracuje manuálně, je vystaven nadměrné námaze nebo značným nárokům na jemnost a přesnost pracovních úkonů. Havrdová (2000) uvádí, že pacienti s RS se často přetěžují, protože se snaží v zaměstnání podávat co nejlepší výsledky. Problém s přetížením sebe sama nastává i u pacientů, kteří vykonávají zaměstnání, které je baví a nechtějí o něj přijít. Toto přetížení se poté může projevit zhoršeným průběhem nemoci. Od objevení RS se délka pracovní schopnosti, díky léčbě a režimovým opatřením, prodloužila a i při dlouhodobém trvání choroby může být zachována uspokojivá celková kondice a výkonnost.

Podkladem pro vyhodnocení třetího předpokladu bylo vyhodnocení otázek, které se týkaly ADL. Odpovědi respondentů nám potvrdily, že pacienti jsou v ADL aktivitách omezení již během prvních pěti let od diagnostikování onemocnění. Míra omezení pacientů s RS v ADL je závislá na typu průběhu choroby. Relaps -remitentní průběh RS se vyznačuje střídáním období atak. V tomto období dochází ke zhoršení symptomů choroby. Pacient je omezen v ADL v období ataky a krátce po jejím odeznění. V období remise se omezení v ADL snižuje, až se pacienti často dostávají na úroveň před atakou. Chronicko - progresivní průběh RS se vyznačuje nenápadnými atakami, kdy ke zhoršené schopnosti vykonávat ADL příliš nedochází. Tento typ průběhu se však vyznačuje pozvolným nárůstem invalidity, která se projeví i na stále se zhoršující schopnosti pacienta vykonávat ADL. Relabující – progredující průběh RS

se vyznačuje minimální úzdravou z atak a progresí onemocnění mezi jednotlivými atakami. Tento průběh onemocnění je ze všech nejhorší. Vlivem neustálého nárůstu invalidity dochází k omezení pacienta v ADL již během několika let od vypuknutí choroby a omezení se již nelepší.

Subjektivně vnímaná míra omezení v ADL se může u každého pacienta lišit. U pacientů s RS se často vyskytují psychické problémy a dle Havrdové (2000) má až 50% pacientů s RS deprese. Záleží na průběhu onemocnění a na jedinci samotném. V námi sledovaném souboru, respondenti na otázku týkající se deprese, odpověděli v 67%, že depresivní sklony nemají vůbec nebo málokdy.

Velký vliv na omezení ADL u RS má únava. Havrdová (2000) udává, že 1/4 pacientů považuje únavu za nejhorší příznak choroby a až 3/4 pacientů ji vnímá jako jeden ze tří nejvíce omezujících příznaků choroby. Respondenti sledovaného souboru, v nadpoloviční většině, odpověděli na otázku týkající se únavy, kladně.

Pacienti s RS často udávají omezení ADL ve spojitosti s omezením chůze. Pro chůzi u pacientů s RS je charakteristické snížení rychlosti a patologické kloubní vzorce.

Omezení ADL u pacientů s RS je tedy závislé na typu průběhu onemocnění a na symptomech, které se projevují u každého jedince a míra omezení ADL u pacienta je vysoce individuální. Omezení ADL se odvíjí od životního stylu, na který je pacient zvyklý a od charakteru práce, kterou pacient vykonává ve svém zaměstnání. Omezení ADL je pro pacienta velice nepříjemné a naší snahou je omezení co nejvíce minimalizovat. Toho docílíme spoluprací všech odborníků v interprofesním týmu, kteří jsou s pacientem s RS v kontaktu.

## Závěr

Zhodnotit kvalitu života dospělých s RS se ukázalo jako úkol velmi náročný. Symptomy RS jsou závislé na lokalizaci zánětlivého ložiska v CNS a je prakticky nemožné najít pacienty se stejnou symptomatikou. Přitom právě příznaky každého onemocnění jsou primárním faktorem, který negativně ovlivňuje pacienta, a na jehož základě je posuzována kvalita života nejen odborníky, ale i samotným pacientem.

V této práci byla kvalita života hodnocena dotazníkem SF 36. Ukázalo se, že tento dotazník je velmi obecný. Abychom zjistili opravdu kvalitu života pacientů s RS jako takovou, museli bychom přidat další otázky, které by se týkaly průběhu onemocnění, symptomatiky, užívané farmakoterapie, prováděné pohybové terapie, terapie výcviku soběstačnosti, používání kompenzačních a lokomočních pomůcek a otázky na rodinnou, sociální a ekonomickou stránku života pacienta. Tyto otázky by napomohly podrobnějšímu zhodnocení samotné kvality života.

## Literatura

1. Ambler, Z. Neurologie pro studenty lékařské fakulty. 5. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 399 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0894-4.
2. Gurková, E. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.
3. Havrdová, E, 1955-. Roztroušená skleróza v praxi. Eva Havrdová et al. První vydání. Praha: Galén, [2015]. 161 stran: . ISBN 978-80-7492-189-6.
4. Havrdová, E. Roztroušená skleróza. Vyd. 2. Praha: Triton, 2000. 101 s. ISBN 80-7254-117-X.
5. Havrdová, E. Roztroušená skleróza: průvodce ošetrujícího lékaře. Praha: Maxdorf, 2005. 89 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. 4. Jessenius. ISBN 80-7345-069-0.
6. Lenský, P. Roztroušená skleróza mozkomíšni: nemoc, nemocný, problémy. Praha: Unie Roska, 1996. 115 s.
7. Řasová, K. Fyzioterapie u neurologicky nemocných: (se zaměřením na roztroušenou sklerózu mozkomíšni). Vyd. 1. Praha: Ceros, 2007. 135 s. ISBN 978-80-239-9300-4.

## Kontakt:

---

Mgr. Šárka STAŠKOVÁ  
Katedra fyzioterapie a ergoterapie  
Fakulta zdravotnických studií  
Západočeská univerzita v Plzni  
Univerzitní 8  
306 14 Plzeň  
E-mail: stasarka@kfe.zcu.cz  
Telefon: +420 377 633 738

# Včasný liečebno - rehabilitačný program u pacientov po operácii driekovej chrbtice

## Early treatment - rehabilitation program in patients after spine surgery

Marina Kolarová - doktorand, Zuzana Hudáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

### Súhrn

Príspevok sa zaoberá komplexným liečebno - rehabilitačným programom u pacientov po operácii driekovej chrbtice. Popisuje možnosti a ciele včasnej rehabilitácie, ktorú je vhodné cvičiť počas hospitalizácie. V texte je dôkladne popísaný každý cvik, správna cvičiacia poloha pacienta, ktorú by mal zaujať pred vykonaním cviku a udržiavať ju počas cvičenia. Zároveň je popísaná správna technika vykonania cviku, ciele cvikov a chyby, ktorým sa pri cvičení treba vyhýbať. Uvedená zostava sa vykonáva s cieľom spevnenia svalového korzetu v oblasti chrbta, prinávratenia fyzickej a psychickej kondície pacienta, dosiahnutia jeho celkovej mobility a sebestačnosti. Zostavu je vhodné cvičiť nielen počas hospitalizácie, ale celých šesť týždňov po operačnom zákroku.

**KLúčové slová:** Drieková chrbtica. Včasná pooperačná rehabilitácia. Liečebno-rehabilitačný program. Operácia driekovej chrbtice.

### Summary

The paper focuses on the early rehabilitation after lumbar spine surgery. It describes possibilities of early rehabilitation, which we apply during hospitalization. It brings closer therapeutics exercises, initial correct position which patient takes before exercises. It also describes in detail each exercise, purpose of exercise and mistakes that patients should avoid during the therapeutic exercises. Therapeutics program is main to recover patient's physical condition and mobility, helps recover their strength. It also helps to perform activities of daily living in ergonomic way. We recommend practice these exercises six weeks after the lumbar spine surgery.

**Key words:** Lumbar spine. Postoperative rehabilitation. Rehabilitation program. Lubar spine surgery.

### Úvod

Vertebrogénne ťažkosti predstavujú závažný problém súčasnej doby. Dvorák (2008) uvádza, že tieto ťažkosti postihujú ľudí v produktívnom veku a majú socio-ekonomický dosah. Etiopatogenéza vertebrogénnych ťažkostí môže byť rôznorodá, no jej najčastejším klinickým príznakom, kedy pacienti vyhľadávajú pomoc odborníkov, je bolesť. Primárnou voľbou na odstránenie vertebrogénnej bolesti je konzervatívna liečba. No po vyčerpaní aktuálnych možností konzervatívnej liečby a progresii ochorenia indikuje sa liečba chirurgická (Rusnák, 2010). K chirurgickému zákroku je najčastejšie indikovaná drieková chrbtica. Je to oblasť chrbta, ktorá je najzaťažovanejšia a najnamáhanejšia a tým sa následne stáva zdrojom lokalizovanej alebo vyžarujúcej bolesti (Srpoňová, Hudáková, 2014). Z driekovej oblasti najviac trpí úsek L4/L5 a úsek L5/S1. Tieto úseky driekovej chrbtice sú najviac namáhané preto, lebo je v nich rozsah pohybov najväčší (Klenková, 2010). Segmenty L4/L5 a L5/S1 sú zároveň najčastejšie indikované k operačnému zákroku. Menej často je indikovaný segment L3/L4. Khoshab, Sloboda, Kolarovszki (2015) sledovali 32 pacientov po operačnom zákroku v driekovej chrbtici a len u 4 bol riešený úsek L3/L4. U 28 pacientov boli riešené segmenty L4/L5 a L5/S1. V súčasnosti sa pri operačnom riešení vertebrogénnych ťažkostí v lumbálnej chrbtici realizuje niekoľko typov operácií (dekompresie, fúzie, dynamické stabilizácie). Aký typ operácie a operačnú techniku operatér zvolí závisí od grafickej dokumentácie postihnutého úseku chrbtice a klinického obrazu. V súčasnosti sa aj pri operačnej liečbe volia minimálne invazívne operačné techniky tzv. minimally invasive spinal (MAS) surgery. Tieto minimálne poškodzujú erektoory chrbtice, umožňujú vyhnúť sa poraneniu nervových koreňov a durálneho vaku, umožňujú unilaterálny prístup dostatočný pre

obojsstrannú dekompresiu v postihnutom segmente a skracujú dobu hospitalizácie. Ich výhodou je aj to, že umožňujú skoršiu vertikalizáciu a skoré zahájenie rehabilitácie (Holly et. al., 2006; Rusnák, 2010). Každý pacient, bez ohľadu na to, akou operačnou technikou je jeho vertebrogénny problém riešený, od prvého pooperačného dňa podstupuje rehabilitáciu.

### Liečebno - rehabilitačný program

Pojem rehabilitácia zaviedol prvýkrát v roku 1844 Henri von Busse. Pochádza z latinských slov: habilis – schopný; re – obnova (Takáč, 2003). Jej snaha v dosiahnutí maximálnej nožnej úpravy zmeneného zdravotného stavu pacienta a v zlepšení kvality života (Kociová a kol., 2013). Rehabilitácia predstavuje aktívny a dynamický proces, v ktorom tím lekárov, zdravotných a sociálnych pracovníkov pomáha pacientovi nadobudnúť maximálne fyzické, psychické a sociálne schopnosti (Barnes, Ward, 2005). Tento proces sa realizuje prostredníctvom liečebno-rehabilitačného programu. Liečebno-rehabilitačný program predstavuje komplex rehabilitačných metódik slúžiacich k obnove poškodených funkcií. Jednotlivé metodiky, ktoré sa v rámci liečebno-rehabilitačného programu aplikujú, sú účelne usporiadané a synergicky zoradené. Okrem pôsobenia na somatické funkcie má rehabilitácia aj svoju psychologickú zložku (Takáč, 2003).

Pri tvorbe liečebno-rehabilitačného programu pre pacienta po operácii driekovej chrbtice je nesmierne dôležité zostaviť program tak, aby podporil regeneráciu jeho fyzickej a psychickej kondície, predchádzal vzniku pooperačných komplikácií, nepreťažoval operovaný úsek chrbtice a podporoval osifikáciu materiálu a regeneráciu operovaného úseku. Zároveň má obsahovať cvičenia, ktoré podporia prinávratenie svalovej rovnováhy

chrbtového svalstva a pripraví pacienta na vertikalizáciu, mobilizáciu a vykonávanie bežných denných činností. Liečebno-rehabilitačný program okrem vlastnej cvičebnej zostavy musí zahŕňať aj edukáciu pacienta o pooperačnom režime.

Vlastná cvičebná zostava začína v ľahu na chrbte hneď v prvý pooperačný deň. Skôr než začneme s cvičením, je dôležité zvoliť správnu, korigovanú a bezpečnú polohu pre pacienta. To znamená, že pacienta upravíme aby ležal rovno. Zabezpečíme symetrické postavenie ramien a lopatiek. Hlavu mu upravíme tak, aby bola v predĺžení osi tela a kážeme mu, aby zasunul bradu. Lopatky má mať pacient v depresii a v miernej addukcii, horné končatiny vedľa tela. Drieková chrbtica zachováva fyziologickú lordózu, panva je v neutrálnej polohe vo všetkých troch rovinách, dolné končatiny sú pokrčené v kolenách a abdukované na šírku bokov (členkové, kolenné a bedrové kĺby sú v priamke), chodidlá sú opreté o podložku (Schorová, 2002). Správnu polohu v ľahu na chrbte s pokrčenými dolnými končatinami znázorňuje obrázok 1. V prípade, že s pacientom cvičíme cviky s vystretými dolnými končatinami, dolné končatiny mu upravíme tak, aby boli roznožené na šírku bokov (obr. 2). Vyhýbame sa cvičeniu so záklonom hlavy a eleváciou lopatiek (obr. 3). Keď pacient dokáže zotrvať v správnej polohe, začíname s cvičením. Zostavu je vhodné začať cievnou gymnastikou dolných končatín.



Obrázok 1 Správna cvičiaca poloha



Obrázok 2 Správna cvičiaca poloha s vystretými DK



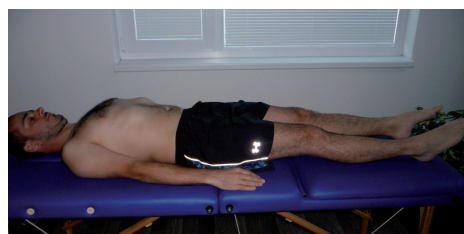
Obrázok 3 Nesprávna cvičiaca poloha

**Cievná gymnastika** predstavuje systém cvičení zameraných na podporu prekrvenia končatín. Jej cieľom je aktivovať svalovú pumpu a podporiť odtok krvi z končatín (Hromádková, 1999). Aktivácia svalovej pumpy je založená na vykonávaní svalovej kontrakcie – na pohybe. Sťahovaním a uvoľňovaním svalových vlákien zrýchľujeme prúdenie krvi a podporujeme spätný venózný tok (Gúth a kol., 2004). Cievná gymnastika sa v pooperačnom období využíva na predchádzanie vzniku tromboflebitídy či flebotrombózy a ako príprava na vertikalizáciu. Vykonáva sa tak,

že pacient leží na chrbte, dolné končatiny má vystreté. V členkoch vykonáva pohyby do plantárnej a dorzálnej flexie, krúženie, everziu a inverziu (obr. 4 a obr. 5). Pohyby vykonáva v plnom rozsahu, aby čo najviac aktivoval svalovú pumpu. Cievnú gymnastiku po operácii driekovej chrbtice neodporúčame vykonávať s eleváciou dolných končatín, nakoľko tieto pohyby môžu preťažiť driekovú chrbticu, podráždiť miesto operačného zákroku a vyprovokovať bolesť. Po cievnnej gymnastike a prekvení končatín prechádzame na aktívne cvičenie dolných končatín.

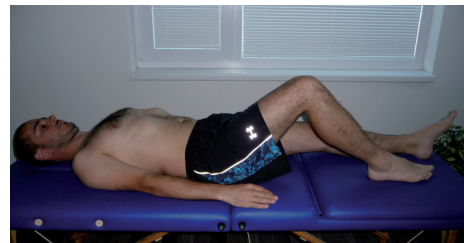


Obrázok 4 Cievná gymnastika



Obrázok 5 Cievná gymnastika

**Aktívne cvičenie dolných končatín** začíname posúvaním päty po podložke, striedavo jednou, potom druhou dolnou končatinou (obr. 6). Dolné končatiny pacient neprecvičuje súčasne a neelevuje končatiny nad horizontálu kvôli možnému vyprovokovaniu bolesti a podráždeniu operačnej oblasti. Ak pacient pre svalovú slabosť nedokáže samostatne a aktívne precvičiť dolné končatiny, zvolíme na ich precvičenie aktívny asistovaný pohyb. Asistovaný pohyb je aktívny pohyb pacienta za pomoci druhej osoby (Kolář a kol., 2009). Volíme ho len dočasne, spravidla prvý až druhý pooperačný deň, kým má pacient intenzívne pooperačné bolesti, prípadne inú neurologickú symptomatológiu, ktorá ruší aktívny pohyb dolných končatín. Akonáhle je stav pacienta zlepšený a bolesť ustúpi, uprednostňujeme aktívne cvičenie pred asistovaným pohybom.



Obrázok 6 Aktívne cvičenie DK

Pri precvičovaní dolných končatín môžeme okrem aktívneho cvičenia využiť aj izometrické cvičenie stehenného a gluteálneho svalstva. Pri precvičovaní stehenných svalov môžeme využiť loptu alebo valec, ktorý položíme pod kolená pacienta a pacient túto pomôcku kolenami stláča (obr. 7). Tlak do pomôcky a napätie udrží 7 sekúnd po ktorých nasleduje rovnako dlhá relaxácia. Pri izometrii (fáza napätia) sa pacient nadýchne, pri relaxácii vydychuje. Ak pracovisko nie je vybavené uvedenými pomôckami, izometrické cvičenie stehenných svalov

vykonávame tak, že si fyzioterapeut položí dlane pod pacientove kolená a pacient napína m. quadriceps femoris bilaterálne, prípadne vykonáva tlak kolien do matracu. Posilňovanie stehenných svalov realizujeme od prvého pooperačného dňa a k nemu pridávame aj izometriu gluteálnych svalov. Táto spočíva v napínaní a uvoľňovaní svalových vlákien m. gluteus maximus v sedemsekundovom intervale po ktorom nasleduje rovnako dlhá relaxácia. Izometrické posilňovanie gluteálneho svalstva sa môže vykonávať s vystretými alebo pokrčenými dolnými končatinami. Posilňovanie týchto svalov je dôležité pre stabilizáciu panvy a driekovej chrbtice.



Obrázok 7 Izometrické cvičenie stehenných svalov

Okrem aktívneho cvičenia dolných končatín pri včasnej rehabilitácii má nesmierne dôležitú úlohu aj dýchacia gymnastika. Pri **dýchacej gymnastike** kladieme dôraz na bráničné dýchanie. Bránica je hlavný dýchací sval a je súčasťou hlbokého stabilizačného systému, ktorý má funkciu pri stabilizácii driekovej chrbtice. Bráničné dýchanie pacient vykonáva tak, že zaujme správnu polohu s pokrčenými dolnými končatinami a ruky si položí na dolné rebrá. Nadýchne sa nosom, pričom sa rebrá rozšíria laterálne, ventrálne a dorzálne, ako sú odstupové miesta bránice (tzv. 3D dýchanie) a následne vydýchne ústami, pričom vŕahuje brucho, dolné rebrá a hrudník (obr. 8). Efekt cviku sa zintenzívni, ak pri výdychu pacient aktivuje panvové dno, ktoré sa izometricky napína a posilňuje sa tiež. Okrem bráničného dýchania je vhodné do cvičebnej zostavy zaradiť aj horné hrudné a abdominálne dýchanie. Princíp oboch typov dýchania je rovnaký, ako je popísané pri bráničnom dýchaní. Pri abdominálnom dýchaní si ale pacient prikladá ruky na brušnú stenu a pri hornom hrudnom dýchaní na hornú časť hrudníka. Nadychuje sa nosom, pričom sa pri hornom hrudnom dýchaní rozvíja horná časť hrudníka ventrálne a pri abdominálnom dýchaní sa brušná stena vyklenie. Pri výdychu sa hrudník a brucho uvoľní. Takýmto lokalizovaným dýchaním sa predýcha určitá časť pľúc, ktorá môže byť následkom bolesti, operácie alebo choroby menej pohyblivá (Véle, 2006). Liečebno-rehabilitačný program je vhodné doplniť aj dynamickou dýchacou gymnastikou, kedy do rytmu dýchania kombinujeme pohyby končatín. Takéto dýchanie spojené s pohybom končatín zvyšuje srdcovú frekvenciu, silu srdcovej kontrakcie a respiračnú kapacitu (Jianu, Mecovei, 2013). Dynamické dýchanie je vhodné vykonávať pri predpažovaní, upažovaní či krúžení horných končatín, ale aj pri aktívnom cvičení dolných končatín. Pri dynamickej dýchacej gymnastike sa pri pohybe končatín pacient nadychuje nosom, pri relaxácii a návrate končatín do východiskového postavenia vydychuje ústami. Dýchacia gymnastika je v liečebno-rehabilitačnom programe po operácii driekovej chrbtice opodstatnená, nakoľko sa ňou predchádza vzniku pooperačných atelektáz, zápalu pľúc, ako aj poruchám rytmu dýchania (Hromádková, 1999).

S vyššie uvedenými rehabilitačnými technikami začíname cvičenie pacienta už v prvý pooperačný deň. Ak ich pacient toleruje a ovláda, od druhého, resp. tretieho pooperačného dňa

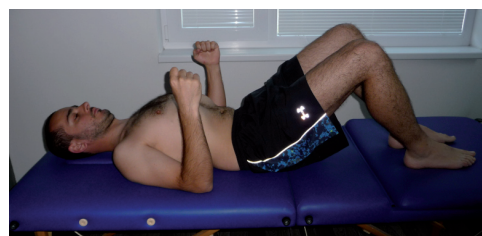
liečebno-rehabilitačný program dopĺňame cvičením na spevnenie svalového korzetu chrbta.



Obrázok 8 Bráničné dýchanie

Na spevnenie svalového korzetu chrbta využívame izometrickú akciu medzilopatkových a chrbtových svalov. Ide o statické cvičenie, pri ktorom sa mení svalové napätie bez zmeny dĺžky svalu t.j. sval ani kĺb sa nepohybujú (Osacká, 2005). Po operácii driekovej chrbtice toto cvičenie umožňuje posilňovanie chrbtového svalstva bez pohybu, ktorý je šesť týždňov od operácie zakázaný. Šesť týždňov trvá osifikácia materiálu a regenerácia miesta, kde bol operačný zákrok vykonaný, preto sa v tomto období neodporúča vykonávať akýkoľvek aktívny pohyb v driekovej chrbtici. Aby však po operačnom zákroku nedošlo k hypotrofii chrbtového svalstva, do liečebno-rehabilitačného programu zaraďujeme práve izometrické cvičenie svalov chrbta.

Izometrické cvičenie sa vykonáva tak, že pacient zaujme správnu polohu v ľahu na chrbte. Horné končatiny flektuje do 90° v lakti, predlaktie smeruje kolmo k podložke, zovrie ruky v päst'. Nadýchne sa nosom, zatlačí lakt'ami do podložky a zároveň sa snaží pritiahnúť lopatky ku chrbtici a dolné uhly lopatiek kaudálne. Vydrží 7 sekúnd a napätie uvoľní (obr. 9). Pri cvičení sa má vyvarovať silnému tlaku lakt'ov do podložky, kedy môže dôjsť k lordotizácii v driekovej chrbtici. Tiež sa treba vyhýbať elevácii lopatiek a zväčšovaniu flekčného uhla v lakt'ovom kĺbe (obr. 10).



Obrázok 9 Správne vykonanie cviku



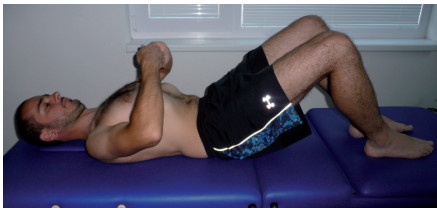
Obrázok 10 Nesprávne vykonanie cviku

Nasledovný text popisuje príklady izometrického posilňovania medzilopatkového a chrbtového svalstva, ktoré je vhodné zaradiť do cvičebnej zostavy:

- Pacient zaujme správnu polohu na chrbte. Horné končatiny predpaží a zopne prsty. Pri nádychu sa snaží pritiahnúť lopatky ku chrbtici a dolné uhly lopatiek kaudálne a súčasne roztahuje horné končatiny do abdukcie. Pri výdychu tlak uvoľní (obr.11).
- Pacient zaujme správnu polohu na chrbte. Horné končatiny predpaží skrčmo a pri nádychu zatlačí

loptu, ktorú má v rukách. Lopatky sa snaží pritiahnúť k chrbtici a kaudálne. Pri výdychu tlak uvoľní. Ak pacient nemá k dispozícii loptu, cvičenie vykonáva tak, že si spojí dlane a zatlačá ich rovnakým spôsobom, ako keby stlačal loptu. Týmto cvikom si zároveň posilňuje aj pektorálne svalstvo (obr. 12).

- Ďalší cvik je rovnaký ako cvik na obrázku 9, no vo fáze izometrie pacient zároveň roztiahne expander (obr.13).
- Pri poslednom cviku, ktorý uvádzame na posilnenie medzilopatkového a chrbtového svalstva pacient zaujme správnu polohu na chrbte. Horné končatiny predpaží a pri nádychu sa snaží lopatky zatlačiť ku chrbtici, dolné uhly lopatiek priťahuje kaudálne a roztiahne expander. Pri výdychu ťah uvoľní (obr. 14).



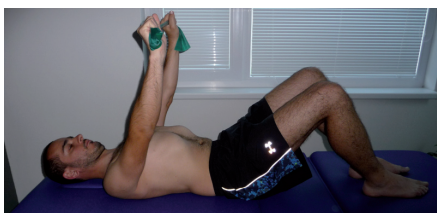
Obrázok 11 Izometrické posilňovanie



Obrázok 12 Izometrické posilňovanie



Obrázok 13 Izometrické posilňovanie



Obrázok 14 Izometrické posilňovanie

**Vertikalizácia a mobilizácia pacienta** sa vykonáva v prvý alebo v druhý pooperačný deň. Deň vertikalizácie určuje operatér. Poznáme dva spôsoby vertikalizácie pacienta: cez bok alebo cez brucho. Z polohy cez bok vertikalizujeme pacientov po stabilizácii chrbtice. Na začiatku vertikalizácie odporúčime pacientovi pretočiť sa na bok, na ktorom má menšie bolesti. Z ľahu na boku si následne spustí dolné končatiny cez okraj postele a vzpriamuje trup, odtlačajúc sa rukami od postele. Vertikalizácia sa vykonáva za asistencie a inštruktáže fyzioterapeuta. Po zákroku na platničke bez stabilizácie segmentu (extirpatio sequestorum microscopica) pacienta vertikalizujeme cez brucho. Začína ako v predchádzajúcom prípade, pretočením sa na bok.

Z ľahu na boku sa pacient pretočí na brucho a z tejto polohy pomaly posúva jednu dolnú končatinu z okraja postele a oprie si chodidlo o zem. Keď je celé chodidlo na zemi, pacient začína extendovať horné končatiny a vzpriamuje trup. Pomaly spúšťa aj druhú dolnú končatinu z postele až sa dostane do vertikály. Aj vertikalizácia cez brucho sa vykonáva za asistencie a inštruktáže fyzioterapeuta (Kobela a kol., 2009). Keď pacient stojí a toleruje stabilný stoj, môžeme začať s chôdzou a s cvičením v stoji.

**Cvičenie v stoji** začíname ešte počas hospitalizácie. Pacienti ho tolerujú štvrtý až piaty pooperačný deň. Počet cvikov a dobu trvania prispôbojeme aktuálnemu stavu pacienta a tolerancii záťaže. Pred samotným cvičením vykonáme korekciu stoja a snažíme sa aj v stoji držanie tela priblížiť k fyziologickej postúre. Pacientov stoj korigujeme tak, že: krčnú chrbticu a hlavu upravíme, aby bola v predĺžení osi tela (pacient vyťahuje hlavu z ramien, brada s krkom zvierá pravý uhol), ramená a lopatky pacient ťahá dozadu a dolu, stiahne svaly panvového dna a panvu dostane do neutrálneho postavenia, chodidlá sú rozšírené na šírku bokov, váha rozložená rovnomerne na obe dolné končatiny (Blahušová, 2002). Takéto držanie tela umožňuje navodiť fyziologické zakrivenia chrbtice. Až po korekcii stoja začíname s cvičením. Všetky cviky v stoji musia byť zvolené a vykonané tak, aby nedošlo k pohybu v driekovej chrbtici. Nasledovný text uvádza príklady cvikov v stoji, ktoré je vhodné zaradiť do liečebno-rehabilitačného programu po operácii driekovej chrbtice.

- Pacient zaujme správny stoj. Hornými končatinami sa pridrižiava rebrín, prípadne okraja postele. S rovným chrbtom a neutrálnou panvou sa nadýchne a pri výdychu vykonáva drepy. Drepy nesmú vyvolať bolesť v driekovej chrbtici (obr. 15). Cvik je zameraný na posilnenie svalstva dolných končatín, najmä stehenných a gluteálnych svalov a zároveň sa následne využíva pri bežných denných činnostiach (vstávanie zo stoličky, postele, toalety, dvíhanie bremien zo zeme a pod.).
- Pacient zaujme správny stoj. Hornými končatinami sa pridrižiava rebrín, prípadne si horné končatiny oprie o stenu. Nadýchne sa nosom a pri výdychu ústami stiahne dolné končatiny, rebrá, brucho, svaly panvového dna a súčasne urobí kľuk (obr. 16). Cvik slúži na posilnenie medzilopatkového a chrbtového svalstva a prevenciu odstavajúcich lopatiek. Pri cvičení pacient nesmie zvyšovať driekovú lordózu, čím by spôsobil pohyb v driekovej chrbtici, ktorý je, ako sme uviedli zakázaný.
- Pacient, udržiujúc postavenie hlavy, lopatiek, ramien a panvy jednu dolnú končatinu prednoží, druhú zanoží. Hornými končatinami sa pridrižiava rebrín, prípadne si horné končatiny oprie o stenu a nadýchne sa. Pomaly pri výdychu pokrčí horné končatiny a pritiahne sa k stene, s tým, že zanožená dolná končatina zostáva vystretá (obr. 17). Takto si na nej pacient naťahuje skrátené hamstringy a m. iliopsoas. Dolné končatiny prestrieda.
- Zostavu v stoji je vhodné doplniť aj cvičením s pomôckami, napr. gumeným expandrom. Expander uviažeme o rebrinu alebo o okraj postele. Pacient zaujme správny stoj. Nadýchne sa a pri výdychu stiahne dolné rebrá, brucho, svaly panvového dna a súčasne zapaží a pritiahne lopatky ku chrbtici a kaudálne (obr. 18). Cviky slúžia na posilnenie medzilopatkového a chrbtového svalstva.





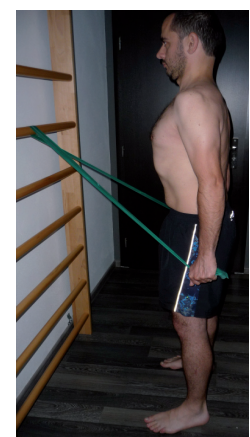
Obrázok 15 Drepy



Obrázok 16 Kľuk v stoj



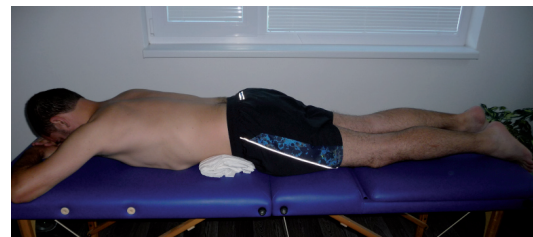
Obrázok 17 Strečing DK



Obrázok 18 Cvičenie s pomôckou

Cvičenie v ľahu na bruchu je vhodné zaradiť do cvičebnej zostavy dva až tri týždne po operačnom zákroku v driekovej chrbtici (odporúčanie MUDr. Róberta Rusnáka, PhD., prednostu Neurochirurgickej kliniky ÚVN v Ružomberku), preto ho uvádzame na záver zostavy. Nakoľko je však pacient na neurochirurgickom oddelení po operácii driekovej chrbtice hospitalizovaný v priemere 10,80 až 11,65 dní (Rusnák, 2010), o cvičení na bruchu pacienta v rámci hospitalizácie slovne poučíme a názornú ukážku cvikov pacient dostáva v edukačnej brožúrke pre pacientov. Aj pri cvičení v ľahu na bruchu pacientovi ako prvú popíšeme správnu cvičiacu polohu. Pri správnej polohe v ľahu na bruchu má mať pacient krčnú chrbticu a hlavu nastavenú v predĺžení osi tela (nerobiť zúženie), ruky má otočené dlaňou dolu, prípadne pod čelom. Lopatky ťahá do písmena „V“, udržiava neutrálnu postavu panvy. Na udržanie neutrálneho postavenia panvy a fyziologického zakrivenia driekovej chrbtice môžeme vankúšom podložiť dolné brucho pacienta. Dolné končatiny pacient rozšíri na šírku bokov, chodidlá udržiava v neutrálnej polohe (Srpoňová, Hudáková, 2013). Túto polohu využívame na posilnenie gluteálneho svalstva, svalstva panvového dna, medzilopatkového a chrbtového svalstva. Príklady cvikov v ľahu na bruchu popisuje nasledovný text.

- Pacient zaujme správnu polohu v ľahu na bruchu s rukami pod čelom. Nadýchne sa nosom a pri výdychu ústami stiahne svaly panvového dna a gluteálne svaly. Vydrží sedem sekúnd a svalstvo uvoľní (obr. 19). Gluteálne svalstvo a svalstvo panvového dna sa posilňuje izometricky.
- Pri posilňovaní medzilopatkového a chrbtového svalstva má pacient ruky vedľa tela a hlavu opretú čelom o podložku, v prípade potreby, na zachovanie správneho zakrivenia krčnej chrbtice, má pod čelom zrolovaný uterák. V tejto polohe sa pacient nadýchne nosom a pri výdychu ústami stiahne brucho, svaly panvového dna a gluteálne svaly. Zároveň zdvihne ramená, lopatky pritiahne ku chrbtici a kaudálne a ako posledné zdvihne horné končatiny (obr. 20). Pri cviku sa má pacient vyvarovať výraznej extenzii horných končatín a anteverzii ramien (obr. 21), nakoľko si skraca pectorálne svalstvo a fixátory lopatiek sa posilňujú minimálne.
- Na posilňovanie medzilopatkového a chrbtového svalstva môžeme využiť gumený expander. Cvik sa realizuje rovnako ako predchádzajúci s tým, že pri extenzii horných končatín pacient súčasne vykonáva aj ich abdukciu a natiahne expander do strán (obr. 22).



Obrázok 19 Cvičenie na bruchu



Obrázok 20 Cvičenie na bruchu



Obrázok 21 Nesprávne vykonaný cvik



Obrázok 22 Cvičenie na bruchu s expandrom

## Záver

V príspevku sme uviedli príklady cvikov, ktoré je vhodné zaradiť do liečebno-rehabilitačného programu u pacientov po operácii driekovej chrbtice. V texte je popísaná postupnosť cvikov, ktoré sme zvolili na základe niekoľkoročných skúseností z klinickej praxe. Uvádzame aj dva spôsoby vertikalizácie pacienta, ktoré sa realizujú po operácii driekovej

chrbtice a konkretizujeme, ktorý spôsob vertikalizácie sa volí pri operačných technikách. Časť uvedenej cvičebnej zostavy sa realizuje v rámci starostlivosti o pacienta po operácii driekovej chrbtice na Neurochirurgickej klinike v Ružomberku. Zostavu sme doplnili o cvičenie s pomôckami a rozšírili sme cvičenie v polohe v ľahu, na bruchu a v stojí. Cvičebnú zostavu sme obohatili popisom správnych cvičiacich polôh, dýchania a uviedli sme aj chyby, ktoré sme spozorovali, že pacienti pri cvičení najčastejšie vykonávajú, a tým znižujú efektívnosť a kvalitu cviku a predlžujú fázu regenerácie organizmu, prípadne si nevhodným cvičením vyprovokujú bolesť či iné neurologické príznaky. Uvedenú zostavu je vhodné prispôbiť aktuálnemu stavu pacienta, jeho pohybovým schopnostiam, klinickým príznakom a veku. Odporúčame ju cvičiť len po predchádzajúcej inštrukcii fyzioterapeuta. Zostavu je vhodné cvičiť šesť týždňov, dvakrát denne. Jednotlivé cviky odporúčame vykonať 6 až 8 krát. Keď po 6 týždňoch pacient absolvuje kontrolné vyšetrenie u operátora, do liečebno -rehabilitačného programu je vhodné zaradiť cvičenia na zvýšenie pohyblivosti chrbtice a svalovej sily chrbta, ktorých inštrukciou je vhodné absolvovať ambulantne alebo v rámci hospitalizácie na fyziatricko-rehabilitačnom oddelení.

#### Literatúra

1. Barnes, M. P. – Ward, A. B. 2005. *Oxford Handbook of Rehabilitation medicine*. New York : Oxford University Press Inc, 2005. 488 p. ISBN 0-19-852896-5.
2. Blahušová, E. 2002. *Pilatesova metóda*. 1. vyd. Praha: Olympia, 2002. 110 s. ISBN 80-7033-742-7.
3. Dvorák, M., Hlubeková, A., Horný, V. 2008. Cervikogénne vertebrogénne syndrómy v neurologickej praxi. In: *Via practica*. 2008, roč.5(S4). s.17–24. ISSN:1336-4790. Dostupné na: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=3563&magazine\\_id=1](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3563&magazine_id=1)
4. Holly, LT., Schwender, JD., Ruben, DP, Foley, KT. 2006. Minimally invasive transforaminal interbody fusion: indications, technique and complications. *NeurosurgFocus*. ISSN: 1092-0684, 2006, 20(3): E6.
5. Jianu, A. – Macovei, S. 2013. Respiratory gymnastics, means of improving the health condition to hypertensive person. In *Science, Movement and Health*. 2013, vol. 13, no. 2, supplement., p. 629–635.
6. Kobela, J. a kol. 2009. *Pooperačné pokyny pre pacientov po stabilizačnej operácii bedrovej chrbtice*. Manuál Neurochirurgickej kliniky v ÚVN v Ružomberku. 2009. Interný materiál.
7. Khoshab, AH., Sloboda, T., Kolarovszki, B. 2015. Minimal Access Technologies (MAST) fusion procedures for the treatment of the degenerative lumbar spine. In: *Zdravotnícke štúdie*. ISSN 1337-723X, 2015, roč.7, roč.2. 51-54.
8. Klenková, M., Kazimír, J. 2010. *Bolesti v krížoch a Pilates medical*. 1.vyd. Bratislava: Slovart, 2010. 159 s. ISBN 978-80-556-0185-4.
9. Kociová, K. a kol. 2013. *Základy fyzioterapie*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2013. 238 s. ISBN 978-80-8063-389-9.
10. Kolář, P. a kol. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha : Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
11. Rusnák, R., 2010. Infekčné komplikácie pri neurochirurgických operáciách chrbtice : dizertačná

práca. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2010. s. 97.

12. Sochová, V. 2002. *Skoliózy detí a mladistvých*. In *Rehabilitácia*. ISSN 0375-0922, 2002, roč. 35, č. 4, s. 212–323.
13. Srpoňová, M., Hudáková, Z. 2014. Vplyv včasnej rehabilitácie na samostatnosť pacienta po operácii driekovej chrbtice. In: *Zdravotnícke štúdie*. ISSN 1337-723X, 2014, roč. 7, č. 2., s. 35-38.
14. Srpoňová, M., Hudáková, Z. 2013. Vplyv správnej korigovanej pozície tela pri liečbe deformít chrbta u detí. In: *Zdravotnícke štúdie*. ISSN 1337-723X, 2013, roč. 4, č. 2., s. 31-35.
15. Takáč, P. 2003. *Klinická propedeutika v rehabilitácii*. Trnava : Slovak Academic Press, 2003. 219 s. ISBN 80-89104-16-9.
16. Věle, F. 2006. *Kineziológia*. Praha : Triton, 2006. 375 s. ISBN 80-7254-837-9.

#### Kontakt:

Mgr. Marina KOLAROVÁ - doktorand  
 Fakulta zdravotníctva  
 Katolícka univerzita v Ružomberku  
 Nám. Andreja Hlinku 48  
 034 01 Ružomberok  
 E-mail: marina.kolarova@gmail.com

## Alzheimer - choroba XXI wieku jak z nią i obok niej żyć

### Alzheimer's - a Disease of the Twenty-First Century as With Them and Next to it Live

Jolanta Puzio-Dziedzina, Agnes Puzio, Karina Dębowska, Bartosz Wanot<sup>1</sup>, Krystyna Mizerska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akademia Polonijna, Instytut Zdrowia i Pielęgniarstwa

#### Streszczenie

Choroba Alzheimera jest przypadłością, która dotyka ludzi starszych. Polega ona na obumieraniu komórek nerwowych. Po raz pierwszy została opisana przez Aloisego Alzheimera w 1906 roku. Chory na początku ma prawie niezauważalne objawy, które są przez niego, jak i przez osoby z jego otoczenia, ignorowane. Choroba rozwija się szybko. Główną przyczyną choroby jest odkładanie się białka tau. Reszta przyczyn jest w dalszym ciągu nieznana, co w dużym stopniu utrudnia stworzenie odpowiedniego leku. Niniejsza praca przedstawia etiopatogenezę choroby, opisuje nie tylko jej objawy i przebieg ale także kryteria rozpoznawania i wykluczania choroby, której symptomy w większości pokrywają się z objawami wielu innych, znanych chorób wieku podeszłego. Tekst opisuje metody leczenia osób dotkniętych Alzheimerem – rodzaje stosowanych leków opóźniających przebieg choroby jak również rolę memantyny i acetylocholin w procesach chemicznych zachodzących w mózgu. Praca wymienia formy terapii i zajęć stymulujących aktywność mózgu od terapii reminiscencyjnej po muzykoterapię czy terapię ruchową. Wymienia przy tym rodzaje postępu. Chory z czasem wymaga stałej opieki ze strony rodziny, organizacji państwowych oraz całego społeczeństwa, dlatego ważna jest wiedza i postępy w leczeniu Alzheimera.

**Słowa kluczowe:** Choroba Alzheimera. Leczenie. Jakość życia. Neurologia. Opieka.

#### Abstract

Alzheimer's disease is an affliction that affects older people. Alzheimer's disease involves neural cell deaths. It was described for the first time by Alois Alzheimer in 1906. The patient at the beginning has almost unnoticed signs that are ignored by him and people around. The disease evolves very quickly. The main cause of the disease is accumulation of tau protein. Rest of the causes are still unknown which makes it more difficult to find appropriate drug. Work below shows etiopathogenesis, describes not only its symptoms and course but also criteria of recognition and exclusion of the disease, whose symptoms overlap in many cases with symptoms of many other known diseases of old age. This text describes the treatment of people affected by Alzheimer's - the types of drugs delaying disease, the role of memantine and acetylcholine in chemical processes ongoing in the brain. The work lists forms of therapy and activities that stimulate brain activity such as music therapy and physical therapy. It specifically mentions the types of progress. The patient eventually requires constant care from family, state organizations and whole society and because of that knowledge and progress is very important in treatment of Alzheimer's disease.

**Key words:** Alzheimer's disease. Treatment. Quality of Life. Neurology. Care.

#### Wstęp

Choroba Alzheimera jest jedną z postaci otępienia i stanowi ok. 60 % wszystkich przypadków zachorowań. Dotychczas nie wiadomo, co jest przyczyną choroby, wiadomo natomiast, że spowodowana jest ona nieprawidłową budową białka tau i odkładaniem się go w komórkach nerwowych, powodując ich degenerację i zanik [1]. Czynnikiem wydatnie zwiększającym wystąpienie tej choroby jest wiek. Im człowiek starszy, tym ryzyko zachorowania wzrasta. Nie bez znaczenia jest też czynnik genetyczny, który zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania [2].

W obecnej chwili nie ma skutecznych środków, które leczyłyby lub przynajmniej powstrzymały rozwój tej choroby. Cały czas na świecie prowadzone są wielokierunkowe badania nad przyczynami tej choroby. Szukane są także skuteczne metody leczenia i diagnozowania.

We wczesniej wykrytej początkowej fazie stosuje się leki opóźniające rozwój choroby, a tym samym wydłużającym choremu czas do momentu, kiedy nie będzie mógł już samodzielnie egzystować. Problemem jest wczesna diagnostyka choroby Alzheimera, ponieważ w początkowym stadium objawy są nie zauważalne tak dla otoczenia, jak i dla chorego, a w momencie, kiedy pacjent zaczyna już podejrzewać, że „coś

jest nie tak” to często ze strachu lub wstydu ukrywa ten fakt przed najbliższymi. Chory odrzuca i zaprzecza faktom, nie dopuszczając do myśli, że to choroba Alzheimera, tłumacząc sobie swoje problemy z pamięcią – wiekiem, starością. Ten sam błąd popełniają też osoby z najbliższego otoczenia – rodzina i opiekunowie [3].

#### Historia

W 1901 roku niemiecki psychiatra Alois Alzheimer po raz pierwszy zaobserwował u 51-letniej Augusty D. chorobę nazwaną potem jego nazwiskiem. W jej przypadku pierwszym objawem były urojenia zdrady małżeńskiej. Następnie rozwinęły się postępujące zaburzenia pamięci, orientacji, zubożenie języka i problemy z wykonywaniem wyuczonych czynności. Po trzech latach choroby pacjentka nie rozpoznawała członków rodziny oraz siebie, nie była w stanie żyć samodzielnie i musiała zostać umieszczona w specjalnym zakładzie dla umysłowo chorych we Frankfurcie. Alzheimer poświęcając własny czas śledził przebieg jej choroby aż do jej śmierci w 1906 roku. Jakiś czas później dr Alzheimer przedstawił przypadek Augusty D. na forum medycznym. Sprecyzowania „choroba Alzheimera” użył po raz pierwszy Emil Kraepelin w swoim podręczniku psychiatrii

z 1910 roku. Choroba Alzheimera jest przyczyną otępienia u osób starszych [2]. Należy do chorób neurodegeneracyjnych. Otępieniem nazywa się znaczne upośledzenie wyższych czynności korowych, tj. pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, porozumiewania [1].

## Epidemiologia i etiopatogeneza

Alzheimer dotyka głównie ludzi starszych, po 65 roku życia. Obecnie cierpi na nią około 27mln ludzi i lekarze alarmują, że w przyszłości chorych będzie znacznie więcej. W Polsce chorych na Alzheimera jest około 300-400 tys. Osób. Polscy lekarze przewidują, że do 2030 roku liczba chorych znacznie zwiększy się. Wstępnie przyjęte jest, że za około 20 lat będzie w naszym kraju ponad 1,2 mln chorych na Alzheimera [4].

Przyczyny występowania Alzheimera są nadal nieznanne, jednak naukowcy na całym świecie szukają nowych sposobów leczenia. Dotychczasowe badania opisują głównie przebieg choroby. Wiadomo jest, że objawy różnią się w zależności od wieku, w jakim pojawiają się objawy. Jeżeli zachoruje osoba poniżej 65 roku życia to choroba przebiega bardziej dynamicznie, zaobserwowano jej szybszy przebieg i znacznie większe wyniszczenie fizyczne, niż u osób które zachorowały w powyżej 65 lat [5].

Niektóre mutacje w DNA odpowiadają za niewielki odsetek przypadków wczesnej postaci choroby Alzheimera. Odkryto, że głównym czynnikiem wywołującym chorobę jest brak obróbki i odkładanie się białka prekursorowego amyloidu (APP). Białko prekursorowe amyloidu to białko błony, którego ekspresja zachodzi w różnych tkankach, natomiast koncentruje się ono w synapsach neuronów. Ta nieprawidłowa obróbka sprowadza się do powstawania nadmiaru długich fragmentów zwanych beta - amyloidem, który ma skłonność do tworzenia złogów.

W latach 80 i 90 ubiegłego wieku dowiedziano, że błędy występujące w chromosomach 21, 19, 14 i 1 mogą odpowiadać za chorobę Alzheimera [6]. Najprawdopodobniej to właśnie te błędy odpowiedzialne są za powstawanie złogów białka tau. W efekcie zaczyna brakować między innymi acetylocholino, neuroprzekaźnika potrzebnego neuronom do przekazywania informacji. Niedobór tego związku powoduje utratę pamięci. Na podstawie 30-letnich badań można stwierdzić, że odkładanie białka tau odgrywa zasadniczą rolę w patogenezie choroby Alzheimera.

We wczesnych stadiach choroby Alzheimera występują też inne zmiany. Jedną z nich jest powstawanie kłębków neurofibrylarnych. Kłębki neurofibrylarne powstają w następstwie skręcania się cząsteczek wewnątrzkomórkowego białka tau, które w warunkach prawidłowych uczestniczy w podtrzymaniu struktury neuronu. Deformacja i rozkład cząsteczek białka tau powoduje zapadanie neuronu. Również reakcja zapalna rozwijająca się wokół blaszek i kłębków nerwowych może być przyczyną choroby Alzheimera. Badania wykazały u osób dotkniętych chorobą głębokie zmiany zapalne w mózgu [7]. Stres oksydacyjny może okazać się ważnym czynnikiem rozwoju choroby Alzheimera na poziomie komórkowym. Kolejną przyczyną choroby mogą być zmiany stężenia jonów wapnia. Badania wykazują, że agregacja beta - amyloidu może prowadzić do nadmiernego wnikania jonów wapnia do wnętrza neuronów [8].

Diagnozę lekarze stawiają dopiero wówczas, gdy rozwiną się typowe objawy: pacjent ma kłopoty z przypomnieniem sobie nazwiska, nie umie trafić do domu itp. Naukowcy wielokrotnie

próbowali udowodnić, że Alzheimer jest chorobą dziedziczną. Często zdarzały się sytuacje, kiedy w jednej rodzinie występowało kilka zachorowań na Alzheimera, bądź choroba była przekazywana z pokolenia na pokolenie tylko połowie potomstwa, co wskazuje, że jest ona dziedziczona na błędnym chromosomie autosomalnym (nie płciowym). Naukowcy na podstawie wywiadów z rodzinami chorych stwierdzili, że silny stres przyspieszał pierwsze objawy choroby, śmierć bliskiej osoby, ciężka sytuacja rodzinna itp. Dowiedziano również, że na Alzheimera często chorują osoby, które prowadziły bardzo stresujący tryb życia. Kolejną przyczyną, która może doprowadzić do choroby Alzheimera jest odizolowanie, znacznie częściej chorują samotnicy niż osoby towarzyskie [9]. Badania epidemiologiczne wykazują, że u kobiet choroba występuje częściej [10]. Można to wytłumaczyć faktem, że kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, co odnosi się również do chorych dotkniętych otępieniem [11]. Naukowcy stwierdzili, że istotny wpływ na to schorzenie ma otyłość, palenie papierosów, miażdżyca tętnic, wysoki poziom cholesterolu i zwiększone stężenie homocysteiny. Osoby chorujące na depresją są bardziej narażone na chorobę Alzheimera. Czynniki środowiskowe nie są jednoznacznie określone – badacze sugerują zagrożenie u osób z poważnym urazem głowy oraz kontakt z aluminium w wodzie pitnej. Czynnikiem ryzyka uwarunkowanym środowiskowo jest również poziom wykształcenia. Na podstawie badań ustalono, że im więcej lat nauki, tym objawy kliniczne rozwijają się później, a przebieg choroby jest łagodniejszy [12].

## Zmiany anatomopatologiczne

Choroba Alzheimera atakuje mózg na poziomie podstawowym, tzn. w pierwszej kolejności zniszczeniu ulegają poszczególne neurony odpowiadające za wyższe funkcje korowe. Utrata neuronów dotyczy w pierwszej kolejności hipokampa – struktury odgrywającej główną rolę w systemie pamięci człowieka oraz uczenia się. Tak jak wcześniej opisano stres sprzyja wywoływaniu choroby Alzheimera. Podczas stresu nasze nadnercza produkują duże dawki kortyzolu. Kortyzol jest to hormon zaliczany do grupy glikokortykosteroidów, Udowodniono, że duże dawki kortyzolu oraz innych glikokortykosteroidów niszczą hipokamp. Co więcej, jeżeli jest to długoletni stres, dochodzi do zmniejszenia i uszkodzenia tej części mózgu. Na podstawie przytoczonych badań można stwierdzić, że ograniczenie stresujących sytuacji w życiu, może zmniejszyć prawdopodobieństwo zachorowania na Alzheimera [13].

W pierwszej kolejności dochodzi do uszkodzenia hipokampa i właśnie dlatego zaburzenia pamięci należą zwykle do początkowych objawów choroby. Oprócz zapomnienia może pojawić się dezorientacja i utrata pamięci przestrzennej, tzn. poczucia odległości pomiędzy poszczególnymi obiektami i ich rozmieszczeniem względem siebie. Z hipokampa choroba rozprzestrzenia się na płaty czołowe, ciemieniowe i skroniowe kory mózgowej. W miarę postępującego uszkodzenia neuronów tych okolic pojawiają się zaburzenia innych, poza pamięcią, funkcji poznawczych, tj. posługiwanie się mową, planowanie, wnioskowanie i wykonywanie prostych zadań. Podczas zaniku neuronów zauważono, że u chorych mózg, jako całość, obkurcza się: zmniejsza się jego masa i objętość. Pacjent z chorobą Alzheimera zaczyna stopniowo tracić swoje kolejne funkcje umysłowe. W końcowym stadium choroby chorzy są najczęściej przykuci do łóżka, całkowicie zależni od opieki innych [14].

## Objawy i przebieg choroby

Alzheimer jest chorobą, która przez długi czas nie daje żadnych symptomów. Naukowcy twierdzą, że ta choroba może postępować przez całe lata, zanim ujawnią się pierwsze poważne objawy [15]. Obecna wiedza o chorobie Alzheimera to efekt badania mózgu zmarłych pacjentów [16]. Pierwsze symptomy choroby zaczynają być widoczne dopiero wówczas, gdy ubytki stwierdza się w 60 % neuronów. Docent Maria Barcikowska - Kierownik Kliniki Neurologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie sugeruje wniosek, iż proces chorobowy rozpoczyna się już u dwudziestolatków i musi trwać ok. 30 lat, zanim zaczną być widoczne objawy rozpoznawalne klinicznie [10]. Początkowe objawy zapominania chorego i jego rodzina kładą często na karb wieku i na pierwszy rzut oka najpierw wydaje się, że dana osoba stała się zapominalska i roztargniona [15].

Zaburzenia pamięci pojawiają się dyskretnie, ich częstotliwość i zakres powoli narasta. W miarę nasilania się choroby, co wiąże się z powiększaniem się mikrouszkodzeń w tkance mózgu, dochodzi do zaburzeń innych funkcji poznawczych, między innymi funkcji językowych, wzrokowo-przestrzennych czy myślenia. W końcowym stadium choroby proces otępienny przybiera postać otępienia właściwego, w którym oprócz zaniku aktywności poznawczej dochodzi do pełnego rozpadu umiejętności i degradacji osobowości pacjenta [16]. Chorobę Alzheimera charakteryzuje stopniowe narastanie objawów otępienia. Wyróżnia się trzy stadia z charakterystycznymi dla nich objawami. Granice pomiędzy poszczególnymi etapami rozwoju choroby są nieostre: (1) okres utajenia, w którym nie ma zauważalnych zmian w stanie psychicznym; (2) okres prodromalny, w którym występują objawy psychopatologiczne; np. zaburzenia spostrzegania, zaburzenia myślenia, zaburzenia pamięci, zaburzenia popędowe, zaburzenia życia emocjonalnego, zahamowanie ruchowe; (3) okres rozwiniętej choroby, w którym stwierdza się obecność objawów klinicznych spełniających kryteria diagnostyczne otępienia typu Alzheimera [3].

## Diagnostyka choroby Alzheimera

Pierwszym i zarazem głównym problemem, dla pacjenta i lekarza, jest postawienie prawidłowej diagnozy. Objawy choroby Alzheimera są mało charakterystyczne, gdyż podobne symptomy obserwuje się w wielu chorobach wieku podeszłego [2].

Wczesna diagnoza choroby Alzheimera pozwoliłaby na polepszenie jakości życia pacjenta, zmniejszenie ciężaru opieki dla rodziny, służby zdrowia, oraz kosztów społecznych [4].

Ogólne kryteria diagnostyczne choroby Alzheimera zawarte są w trzech punktach: (1) występowanie zespołu otępiennego (zespół psychopatologiczny spowodowany chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe czynności korowe, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, mowa, ocena swojej świadomości przeważnie nie jest zaburzona; wymagane jest utrzymywanie się tych objawów, przez co najmniej 6 miesięcy), (2) niejednoznaczny początek z pogarszaniem się stanu pacjenta. Brak objawów klinicznych i wyników innych badań, które wskazywałyby na możliwość wystąpienia otępienia, jako rezultatu innych chorób układowych lub chorób mózgu; (3) brak nagłego, udarowego początku lub objawów ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego [17,18].

Dla uzyskania pewności, czy chory cierpi na Alzheimera należy odwołać się do trzech zasadniczych kryteriów: (1) dla choroby Alzheimera, nawet w najwcześniejszym stadium, charakterystyczne są zaburzenia kompleksowe. Chory równocześnie zapomina wydarzenia, ma trudności z liczeniem i wykazuje problemy orientacyjne. (2) To, co zostało zapomniane przepada bezpowrotnie. Większość osób z osłabioną pamięcią, ale zdrowych, wcześniej czy później przypomina sobie drobiazgi, które na jakiś czas umknęły. Natomiast ktoś cierpiący na chorobę Alzheimera traci wspomnienia definitywnie i nieodwracalnie. (3) Mózg zaatakowany przez chorobę Alzheimera coraz wolniej i w coraz mniejszym stopniu przyjmuje nowe dane, obrazy i informacje. To, co zarejestruje, coraz gorzej przetwarza. Na tym etapie sam chory zaczyna zauważać, że coś nie jest tak jak powinno. Odczuwa w związku z tym strach, przygnębienie, dezorientowanie itp. Odbija się na sposobie jego zachowania i nastroju. Staje się on apatyczny i depresyjny albo przeciwnie – agresywny i nerwowy. Jeśli zaburzeniom pamięci występującym jednocześnie na różnych polach o charakterze nieodwracalnym towarzyszy zmiany sposobu bycia i zachowania – wówczas z dużą dozą prawdopodobieństwa można przyjąć, że u tej osoby obserwuje się pierwsze objawy zwiastujące chorobę Alzheimera [5, 8].

Podstawowym ogniwem procesu diagnostycznego jest zwykle lekarz pierwszego kontaktu, jednak zazwyczaj uczestniczą w tym również inni specjaliści służby zdrowia, tj. psychiatrzy, neurologi, pielęgniarki, pracownicy socjalni. Diagnostyka obejmuje precyzyjne zebranie wywiadu, szczegółowe badania internistyczne i neurologiczne oraz ocenę stanu umysłowego, włącznie z metodami psychiatrycznymi i neuropsychologicznymi [19].

Neuropsycholog może okazać się niezwykle pomocny podczas wstępnej diagnozy choroby Alzheimera. Wiedza, jaką posiada, pozwala na wczesne wykrycie zmian zachodzących w funkcjonowaniu poznawczym i emocjonalnym osoby, u której podejrzewa się rozwój otępienia. Psycholog wypowiada się nie tylko na temat funkcji, które zanikły, ale również na temat funkcji zachowanych. Będą one stanowić podstawę do planowania działań terapeutycznych w postaci rehabilitacji neuropsychologicznej chorego i terapii nastawionej na budowanie poprawnych relacji chorego z opiekunem [20].

Do najbardziej znanych i popularnych testów przesiewowych w rozpoznawaniu otępienia należą:

- Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego, zwana w skrócie testem Mini-Mental (ang. Mini-Mental State Examination – MMSE). Kliniczna skala służąca do badania zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym pacjenta, która składa się z 30 pytań/zadań pozwalających na ilościową ocenę różnych aspektów funkcjonowania poznawczego.
- Test Rysowania Zegara - test służący do oceny funkcji zależnych od płata czołowego, oraz kory skroniowo-ciemieniowej, stosowany do przesiewowej oceny otępienia.

Kolejnym, obligatoryjnym, narzędziem diagnostycznym w chorobie Alzheimera jest badanie przedmiotowe chorego, które obejmuje najczęściej:

- ogólne badanie fizykalne w celu wykrycia lub wykluczenia chorób somatycznych potencjalnie upośledzających funkcje poznawcze,
- badanie neurologiczne w celu wykrycia lub wykluczenia

- objawów chorób, które mogą pogarszać pamięć i myślenie,
- obrazowanie mózgu, zwykle przy użyciu tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MRI),
- badania laboratoryjne krwi i moczu pod kątem ewentualnych zaburzeń czynności tarczycy, niedokrwistości, zakażenia, zatrucia lekami,
- elektrokardiogram i zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej w celu oceny stanu i wydolności układu krążenia oraz wykrycia lub wykluczenia objawów wskazujących na otępienie pochodzenia naczyniowego,
- ocenę stanu odżywienia i wskaźnika masy ciała (BMI), uwzględniającego ciężar ciała w stosunku do wzrostu [6].

## Leczenie w chorobie Alzheimera

Choroba Alzheimera jest chorobą postępującą, na którą nie istnieje leczenie przyczynowe. Na dzień dzisiejszy naukowcy nie wynaleźli również leku hamującego chorobę, ale nawet jeśli nie można jej zatrzymać, to warto podjąć wysiłek, aby poprawić jakość życia chorego i jego rodziny.

Obecnie w leczeniu choroby Alzheimera stosowane są dwie grupy leków. W początkowym i średnio zaawansowanym stadium choroby stosowane są tzw. inhibitory acetylocholinoesterazy. Acetylocholina jest tzw. neuroprzekaznikiem, czyli substancją chemiczną niezbędną w procesie przekazywania informacji pomiędzy komórkami mózgu (neuronami), co jest warunkiem zapamiętywania, uczenia się i ogólnego prawidłowego funkcjonowania mózgu. W chorobie Alzheimera, w wyniku zwyrodnienia neuronów produkujących acetylocholinę występuje niedobór tego neuroprzekaznika. Ilość acetylocholino można zwiększyć blokując działanie innej substancji chemicznej – tzw. acetylocholinesterazy, czyli substancji rozkładającej acetylocholinę. Umożliwiają to właśnie inhibitory acetylocholinesterazy – donepezil lub rivastigmina [16].

Innym bardzo ważnym neurotransmiterem jest glutaminian. W chorobie Alzheimera występuje jego nadmiar, ponieważ w mózgu osoby chorej gromadzą się pewne nieprawidłowe substancje (beta-amyloid, białko Tau), które uniemożliwiają rozkład i usuwanie glutaminianu. Glutaminian pośredniczy w przekazywaniu informacji pomiędzy neuronami poprzez oddziaływanie na receptory N-metylo-D-asparaginowy (receptory NMDA). W sytuacji, kiedy występuje nadmiar glutaminianu receptory NMDA są stale pobudzane i powstaje tzw. „szum informacyjny”, na tle którego neurony nie mogą zidentyfikować impulsu nerwowego niosącego ważne informacje. W tej sytuacji proces zapamiętywania jak również odtwarzania informacji staje się zaburzony lub całkowicie niemożliwy.

W obrocie dostępna jest substancja chemiczna pod nazwą memantyna. Jest ona tzw. blokerem receptora NMDA. Blokując z odpowiednią siłą i na odpowiednio długi czas receptor NMDA zapobiega powstawaniu tzw. „szumu informacyjnego” i umożliwia prawidłowe odczytywanie przez neurony ważnych informacji, co jest warunkiem prawidłowego funkcjonowania mózgu. Dostępnych jest wiele leków zawierających memantynę, jako substancję czynną [16].

Oprócz farmakologicznych metod leczenia choroby Alzheimera istnieje też szereg innych oddziaływań

poprawiających funkcjonowanie chorych. Wśród nich są metody, które stymulują u chorych m.in. działanie poznawcze. Dobór terapii powinien być indywidualny, ponieważ każdy chory jest inny i znajduje się w innym stadium choroby, co oznacza, że niektóre jego funkcje psychiczne, bądź fizyczne już zanikły. U chorych, szczególnie w łagodnych stadium otępienia, można prowadzić treningi wielowymiarowe, podtrzymujące przebieg poszczególnych procesów poznawczych, tj. pamięć, myślenie, planowanie, np. rozwiązywanie krzyżówek [10]. Inna metoda wpływająca pozytywnie na poziom aktywności poznawczej to trening orientacji w rzeczywistości. Celem treningu jest poprawa orientacji chorego w otaczającym go środowisku. Dzięki temu niepokój wywołany trudnościami w zrozumieniu rzeczywistości ulega zmniejszeniu, a chory zyskuje większe poczucie bezpieczeństwa i jego stan nie pogarsza się w tak szybkim czasie. Terapia reminiscencyjna polega na przywoływaniu wspomnień z wcześniejszych okresów życia. Najczęściej odbywa się w formie rozmów na różne tematy (osobiste bądź ogólne), przy wykorzystaniu tzw. kotwic pamięci, np. starych fotografii, osobistych przedmiotów, filmów wideo czy płyt z muzyką z dawnych lat. U chorych mogą pojawiać się moment chwilowego „wybudzenia”, są to chwile kiedy pacjent przypomina sobie jakieś ważne wydarzenie ze swojego życia np. ślub, chrzciny dziecka itp. Momenty te niestety są krótkie i nietrwałe. Utrzymywanie aktywności daje choremu poczucie uczestnictwa w życiu rodziny [21].

Istnieją również metody poprawiające stan psychiczny, kontakty społeczne i jakość życia. U osób z otępieniem można z powodzeniem wykorzystać muzykę prowadząc z chorym muzykoterapię. Są oni szczególnie na nią wrażliwi. Pacjenci bardzo mocno reagują na dźwięki – kołyszą się, tańczą, nucą, śpiewają. W wielu zaawansowanych przypadkach choroby, można zaobserwować, że pacjenci reagują na usłyszaną ulubioną melodie z przeszłości.

Innym rodzajem oddziaływań jest terapia przez sztukę, zwana także arteterapią. W tym celu wykorzystuje się wszelkiego rodzaju zajęcia plastyczne – rysowanie, malowanie, kolorowanie, lepienie, wycinanie czy wydzieranie i naklejanie oraz układanie. Ciekawą propozycją może być tworzenie tematycznych prac techniką kolażu, z wykorzystaniem zdjęć wycinanych z kolorowych czasopism. U osób z głębszym otępieniem, mniej sprawnych manualnie, zaleca się kolorowanie, rysowanie kredkami, malowanie palcami, układanie klocków.

Terapia ruchowa, czyli różnego rodzaju ćwiczenia fizyczne, to kolejny rodzaj terapii, który z powodzeniem można stosować u osób z otępieniem. Regularna aktywność fizyczna ma korzystny wpływ na nastrój i stan somatyczny, zmniejsza ryzyko zachorowania na niektóre choroby, przeciwdziała zaburzeniom równowagi i upadkom, wydłuża okres fizycznej sprawności oraz niezależności. Ćwiczenia ruchowe łagodzą i zmniejszają częstość występowania niepokoju, lęku i niekontrolowanego przemieszczania się chorego. Terapia ruchowa może obejmować spacer, jazdę na rowerze stacjonarnym, ćwiczenia na bieżni, trening z ciężarkami, ćwiczenia rozciągowe.

Z ostatnich badań wynika, że przebywanie wśród zieleni w ogrodzie nie tylko poprawia jakość życia chorych na Alzheimera, ale również pomaga złagodzić niepokój pojawiający się u nich wraz z utratą pamięci. Brytyjscy lekarze zaczęli stosować tę terapię, uważając, że ma ona dobroczynne działanie, dzięki niej chorzy stają się spokojniejsi [16].

## Bibliografia

1. Grochmal- Bach B. Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimer. Podejście terapeutyczne. Kraków: WAM; 2007.
2. Fife B. Jak pokonać Alzheimera, Parkinsona, SM i inne choroby neurodegeneracyjne. Kołobrzeg: Vital; 2013.
3. Liberski P. Wszółka Z. Otępienia czołowo – skroniowe. Lublin: Czelej; 2000.
4. Szwałkiewicz E.: Otępienie. Miniporadnik. Medi Forum opieki długoterminowej. Wrocław; 2009.
5. Talarska D., Wiczorkowska K., Szwałkiewicz E.: Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Warszawa: PZWL; 2010.
6. Łukawska B.: Czy to już otępienie? Medi Forum opieki długoterminowej. Wrocław; 2009.
7. Landy KM : Visual search in Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer’s disease.;2015.
8. Yang RY, et al. Pharmacol Biochem Behav ; 2015.
9. Parnowski T. Choroba Alzheimera. Warszawa: PZWL; 2010
10. Montoliu-Gaya L.:Protein structures in Alzheimer’s disease: The basis for rationale therapeutic design; 2015
11. Elamin M.:The Utility of the Addenbrooke’s Cognitive Examination Version Three in Early-Onset Dementia; 2015.
12. Liang H.:Inhibition of BACE1 Activity by a DNA Aptamer in an Alzheimer’s Disease Cell Model;2015.
13. Weber M.:Cognitive Deficits, Changes in Synaptic Function, and Brain Pathology in a Mouse Model of Normal Aging; 2015.
14. Yamazaki H.:Adipose-derived stem cell-conditioned medium ameliorates antidepressant-related behaviors in the mouse model of Alzheimer’s disease;2015.
15. Wood JM.:Vitamin D and neurocognitive disorder due to Alzheimer’s disease: A review of the literature;2015.
16. Sensi S.:Metalhomeostasis in dementia;2014.
17. Khalsa DS.:Stress, Meditation, and Alzheimer’s Disease Prevention: Where The Evidence Stands; 2015.
18. Mirzadeh Z.:The rationale for deep brain stimulation in Alzheimer’s disease;2015.
19. Yirmiya R.:Depression as a Microglial Disease;2015.
20. Raskin J.:Neurobiology of Alzheimer’s Disease: Integrated Molecular, Physiological, Anatomical, Biomarker, and Cognitive Dimensions;2015.
21. Sarkis RA.:Clinical and Neurophysiologic Characteristics of Unprovoked Seizures in Patients Diagnosed With Dementia;2015.

## Kontakt:

---

Dr n. med. Bartosz WANOT  
Akademia Polonijna  
Instytut Zdrowia i Pielęgniarstwa  
gen. Kazimierza Pułaskiego 4/6,  
42-200 Częstochowa  
Poland  
E-mail: b.wanot@ap.edu.pl

# Postoj žien k pôrodu v domácnosti

## Attitude to women giving birth at home

Mária Kopáčiková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

### Abstrakt

**Východiská:** Predložený príspevok je zameraný na problematiku pôrodu v domácnosti. Cieľom bolo zistiť postoj žien k pôrodu v domácnosti, voľbu miesta pôrodu u žien, ich vedomosti o tejto možnosti a vlastný postoj k pôrodu v domácnosti.

**Súbor a metódy:** Výskumnú vzorku tvorilo 120 respondentov - tehotných žien. Použili sme dotazník vlastnej konštrukcie. Výsledky boli spracované pomocou Microsoft-Excel, vyjadrené v absolútnych číslach, percentuálne vyhodnotené a znázornené graficky.

**Výsledky:** Zistili sme, že nemocnicu za miesto pôrodu by si zvolilo 77,5 % (93) žien a 15 % (18) žien by rodilo na špecializovanej klinike. Iba 7,5 % (9) žien by chcelo rodiť v domácom prostredí, hlavne pre podporu partnera a príbuzných. Nemocničné prostredie si ženy zvolili pre vysokú istotu pre matku a dieťa pri nepredvídateľných situáciách počas a po pôrode. o možnosti pôrodu v domácnosti vedelo 72,5 % (87) žien. O tejto možnosti nevedelo 27,5 % (33) žien.

Svoj nesúhlas s pôrodom v domácnosti vyjadrilo až 70 % (84) žien. Ako dôvod uvádzali nereálnosť realizácie v našich podmienkach súvisiace s nedostatkom financií, technického vybavenia, ale i personálu. Čiastočný súhlas vyjadrilo 20 % žien za predpokladu vytvorenia adekvátnych podmienok a kontroly ženy po pôrode. Absolútny súhlas nevyjadrila žiadna žena.

**Záver:** Navrhujeme zintenzívniť osvetovú činnosť. Na jednej strane je potrebné presadzovať pôrodné asistentky do povedomia spoločnosti a na druhej strane je potreba určitého vyššieho stupňa zrelosti a vzdelanosti celej spoločnosti. Je potrebné nielen sa naučiť mať možnosť voľby, ale najmä vedieť prijať vlastnú zodpovednosť.

Na základe odbornej diskusie zväziť možnosť ambulantného pôrodu. V súčasnosti v Slovenskej republike túto možnosť nemožno realizovať v bežnej praxi, pretože zákon stanovuje, že novorodenec musí byť 4x za 24 hodín pod lekárskej dohľadom.

Realizovať stáže pôrodných asistentiek v zahraničí na získavanie skúsenosti a zmapovať skutočný počet pôrodov v domácnosti.

**Kľúčové slová:** Pôrod. Pôrod v domácnosti. Výhody a nevýhody pôrodu v domácnosti.

### Abstract

**Background:** The submitted contribution is focused on the issue of childbirth in the home. The aim was to identify the attitude of women to birth in the household, determine the choice of place of birth for women, their knowledge of this possibility and their own attitude to birth at home.

**File and methods:** The research sample consisted of 120 respondents - pregnant women. We used a questionnaire of our own design. The results were processed using Microsoft Excel, expressed in absolute numbers, percentages and shown graphically.

**Results:** We found that hospital as a place of birth would have chosen 77.5% (93) women and 15% (18) women prefer a specialized clinic. Only 7.5% (9) women would like to give birth at home, especially for the support of partners and relatives. Women opted for hospital environment for high security for mother and child in unpredictable situations during and after childbirth. The possibility of giving birth at home knew of 72.5% (87) women. Such an option did not know 27.5% (33) women.

The birth at home rejected up to 70% (84) women. The reason was unrealistic implementation in our country related to lack of funds, technical equipment as well as personnel. Partially agreed 20% of women under condition to create the right conditions and the control of women after childbirth. Absolute agreement did not express any woman.

**Conclusion:** We propose to step up educational activities. On the one hand we need to promote awareness of midwives in society and on the other hand there is the need for a certain degree of maturity and higher education across the society as such. It is necessary not only to learn to have the choice, but above all take their own responsibility for choice.

Based on the expert discussion to consider the possibility of ambulant childbirth. Currently in Slovakia this cannot be implemented in daily practice because the law says that the newborn must be 4 times for 24 hours under medical supervision.

Implement midwives internships abroad to gain experience and to map the actual number of births at home.

**Key words:** Childbirth. Childbirth at home. Advantages and disadvantages of giving birth at home.

### Úvod

Medzi kontroverzné témy moderného pôrodnictva patrí pôrod v domácnosti. Pôrod v domácnosti je na Slovensku výnimočný a ak sa náhodou vyskytne, hodnotí sa ako náhla pôrodnicka príhoda. V § 2 ods. 3 zákonov NR SR č. 576/2004 Zbierky zákonov o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov je v základných pojmoch ustanovená neodkladná zdravotná starostlivosť, pričom sa za neodkladnú starostlivosť považuje aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode. (MZ SR, 2004) Vychádzajúc z toho zákonného ustanovenia je zrejme,

že žena môže rodiť kdekoľvek s tým, že jej bude poskytnutá neodkladná zdravotná starostlivosť, teda aj v prirodzenom prostredí (doma). Znamená to, že na Slovensku legislatívne nie je zakázané žene rodiť doma a nie je ani legislatívne ustanovené, aby žena rodila len v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti. V iných krajinách majú rodičky možnosť voľby, pôrod je legálny a patrične organizačne materiálno-technicky zabezpečený. I napriek tomu v zahraničí viac žien rodí v zdravotníckych zariadeniach a v pôrodných domoch. Metodika pôrodu v domácnosti bola vypracovaná v Holandsku. Bezpečnosť pôrodu je zaručená spoluprácou



s mobilnou skupinou rýchlej pôrodnickej pomoci. Pôrodnický tím v domácnosti je v neustálom kontakte s mobilnou skupinou rýchlej pôrodnickej pomoci, ktorá je schopná previesť rodičku v prípade potreby do najbližšieho zdravotníckeho zariadenia. Zoznam lekárskeho indikácií jasne stanovuje, kedy môže byť žena v domácej starostlivosti pôrodnej asistentky a kedy nie. Pôrodná asistentka má autonómne postavenie a väčšina pôrodov prebieha pod jej vedením. Tehotná žena je pravidelne sledovaná pôrodnou asistentkou. K žene je privolaná, ako náhle začne žena rodiť.

#### Výhodou pôrodu v nemocnici je:

- neustále sledovanie a kontrola priebehu pôrodu,
- dostatok potrebného vybavenia a zariadenia pri riešení komplikácií,
- včasná diagnostika komplikácií pri pôrode,
- používanie metód medikamentózneho analgézii (bezbolestný pôrod),
- pokles mortality matiek a perinatálnej úmrtnosti,
- zabezpečená vysoká aseptika a noninfekcia,
- odborná starostlivosť o dieťa a matku po pôrode,
- zabezpečená rýchlá spolupráca s inými odborníkmi,
- individualizovaný prístup.

#### Nevýhodou pôrodu v nemocnici je:

- neznáme prostredie,
- neohľaduplný prístup,
- odlúčenie partnerov,
- vytrhnutie matky z jej prirodzeného prostredia,
- pasívna rodičská počas pôrodu,
- strata súkromia,
- anonymita rodičky.

#### Výhodou pôrodu v domácnosti je:

- matka je vo svojom prirodzenom prostredí,
- psychická podpora rodičky,
- nepretržitý kontakt matky s dieťaťom,
- psychická pohoda rodičky,
- pocit istoty a bezpečia pre matku,
- individualizovaný prístup,
- súkromie rodičky.

#### Nevýhodou pôrodu v domácnosti je:

- nedostatok potrebného vybavenia a zariadenia pri riešení komplikácií počas pôrodu,
- znížená hygienická starostlivosť,
- nedostupnosť odborného personálu pri náhlych stavoch počas pôrodu,
- riziko pre dieťa pri komplikáciách počas pôrodu alebo tesne po pôrode,
- zvýšené riziko pre matku počas pôrodu.

Niektoré ženy i napriek tejto variante si ho zvolia, a to vzhľadom na väčšiu potrebu pokoja a súkromia, ktorého sa im vo zdravotníckom zariadení nedostáva. Treba podotknúť, že pôrod doma nie je zakázaný žiadnou právnou normou (Čepický, 2009). To znamená, že žiadny zákon neprikazuje žene rodiť v pôrodnici.

Cieľom aplikovaného prieskumu, bolo zistiť postoj žien k pôrodu v domácnosti a to zistiť:

- voľbu miesta pôrodu,
- vedomosť o možnosti pôrodu v domácnosti,
- vlastný postoj k pôrodu v domácnosti.

## Charakteristika prieskumnej vzorky

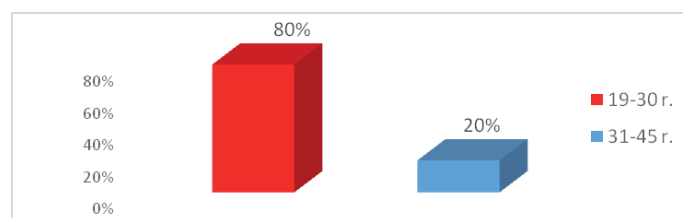
Prieskumnú vzorku tvorilo 120 respondentov (tehotných žien) z regiónu západného Slovenska vo vekovom rozpätí od 19 do 45 rokov.

## Metodika prieskumu a spracovanie výsledkov

Sledovanie sme uskutočnili dotazníkovou metódou u tehotných žien v dvoch vekových skupinách, 19 - 30 rokov a 31 - 45 rokov. Dotazník obsahoval 16 otázok vrátane demografických ukazovateľov. Otázky boli uzatvorené, poloopené a otvorené. Celkový počet rozdaných dotazníkov bol 135. Prieskum sme uskutočnili v mesiacoch január - apríl 2014 v prenatálnych poradniach regiónu západného Slovenska. Návratnosť dotazníkov bola 80,9 % (120 dotazníkov).

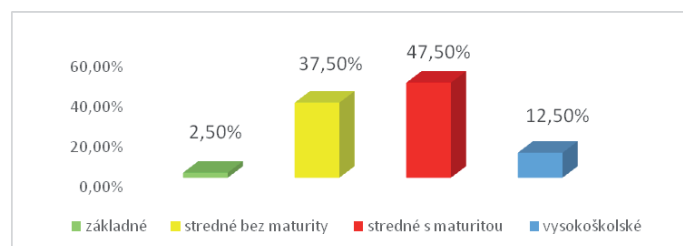
Výsledky boli spracované pomocou Microsoft-Excel, vyjadrené v absolútnych číslach, percentuálne vyhodnotené a znázornené graficky.

## Výsledky



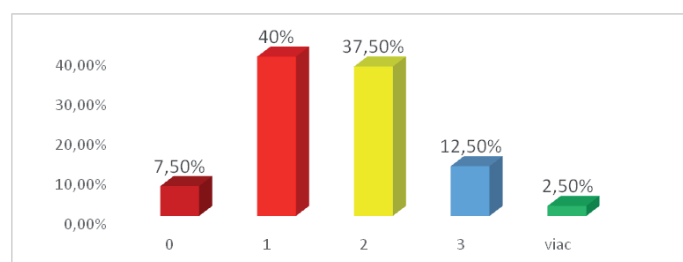
Graf 1 Vekové rozloženie respondentov

V sledovanom súbore bolo 80 % (96) tehotných žien vo vekovej kategórii 19 - 30 rokov. Vo veku 31 až 45 rokov bolo 20 % (24) žien. (graf 1)



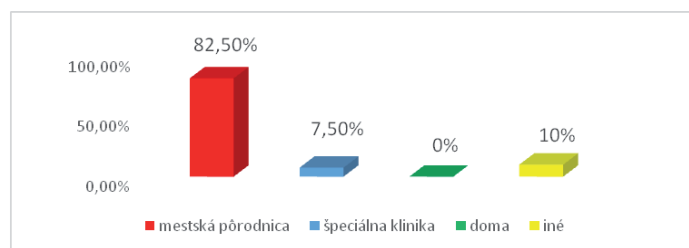
Graf 2 Vzdelanostná úroveň respondentov

Z celkového počtu tehotných žien najväčšiu skupinu tvorili ženy 57 (47,5 %) so stredoškolským vzdelaním s maturitou. Stredoškolské vzdelanie bez maturity malo 37,5 % (45) žien a vysokoškolské vzdelanie malo 15 (12,5 %) žien. Najmenšiu skupinu tvorili ženy so základným vzdelaním 2,5 % (3). (graf 2)



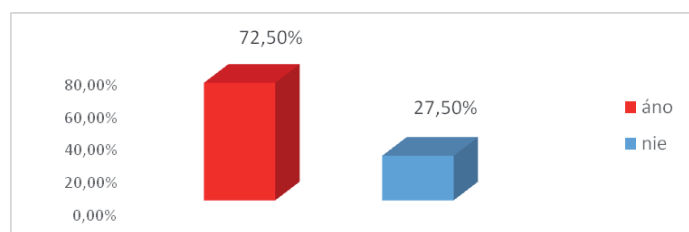
Graf 3 Počet pôrodov

Na grafe 3 prezentujeme rozloženie respondentov podľa počtu pôrodov. Jedenkrát rodilo 40 % (48) žien, dvakrát 37,5 % (45) žien a trikrát 12,5 % (15) žien. Nerodilo 7,5 % (9) žien a viackrát rodili 3 (2,5 %) ženy.



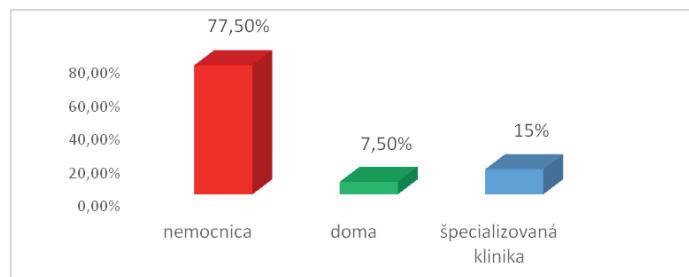
**Graf 4** Rozloženie respondentov podľa miesta pôrodu

Podľa získaných údajov konštatujeme, že väčšina žien 82,5 % (99) porodila svoje dieťa v pôrodnici. V špeciálnej klinike rodilo 7,5 % (9) žien. Možnosť „iné“ označilo 10 % (12) žien. Tri ženy porodili v priebehu prevozu v sanitke a 9 žien ešte nerodilo. Pôrod v domácnosti neudala ani jedna žena. (graf 4)



**Graf 5** Vedomosť o možnosti pôrodu v domácnosti

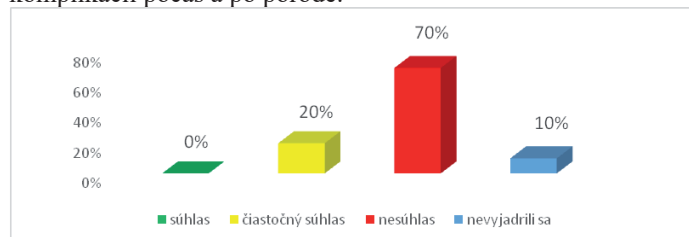
Z vyhodnotenia vyplýva, že 72,5 % (87) žien vedelo o možnosti pôrodu v domácnosti. O tejto možnosti nevedelo 27,5 % (33) žien. (graf 5)



**Graf 6** Voľba miesta pôrodu

Nemocnicu za miesto pôrodu by si zvolilo 77,5 % (93) žien a 15 % (18) žien by rodilo na špecializovanej klinike. Iba 7,5 % (9) žien by chcelo rodiť v domácom prostredí. (graf 6)

Na základe odpovedí žien uvádzame dôvody voľby miesta pôrodu. Domáce prostredie by si zvolili ženy hlavne pre podporu partnera a príbuzných. Nemocničné prostredie si ženy zvolili pre vysokú istotu odbornej pomoci pre matku a dieťa pri výskyte komplikácií počas a po pôrode.



**Graf 7** Postoj k pôrodu v domácnosti

Podľa výsledkov svoj nesúhlas vyjadrilo až 70 % (84) žien. Ako dôvod uvádzali nereálnosť realizácie v našich podmienkach súvisiacej s nedostatkom financií, technického vybavenia, ale i personálu. Čiastočný súhlas vyjadrilo 20 % žien za predpokladu vytvorenia adekvátnych podmienok a kontroly ženy po pôrode. Absolútny súhlas nevyjadrila žiadna žena. Svoj postoj k pôrodu v domácnosti nevyjadrilo 10 % (12) žien. (graf 7)

## Diskusia

V zemiach Európskej únie je bežnou súčasťou zdravotnej starostlivosti - ponuka starostlivosti pre vedenie pôrodu v domácnosti, ktorá je hrazená zo zdravotného poistenia. Európsky priemer uvádza 1 - 3 % domácich pôrodov. Výnimkou je Holandsko, kde doma rodí až 30 % žien. (McLachlan H, Forster D., 2009) Slovenské ženy si nemajú možnosť vybrať takýto spôsob pôrodu, pretože nie je zaručená jeho bezpečnosť.

Zo 120 opýtaných žien pôrod v domácnosti neudala ani jedna žena. Iba 7,5 % žien by chcelo rodiť v domácom prostredí, hlavne pre podporu partnera a príbuzných. Prostredie a miesto, kde sa rodička nachádza, hrá pri pôrode jednoznačne významnú úlohu nielen pri samotnom priebehu pôrodu, ale predovšetkým v psychike ženy a v obmedzení možných následkov a komplikácií. Nemocničné prostredie ženy si zvolili pre vysokú istotu odbornej pomoci pre matku a dieťa pri výskyte komplikácií počas a po pôrode. Slovenská gynekologická spoločnosť hodnotí tento spôsob ako non lege artis. Od roku 1995 existuje 12 vysoko kvalitných štúdií (1-12) z Kanady, Švajčiarska, Švédska, Holandska, Spojených štátov amerických, Spojeného kráľovstva, Nového Zélandu a Izraela, ktoré dokazujú, že plánovaný asistovaný domáci pôrod má nižšiu i obdobnú mieru perinatálnej úmrtnosti a značne nižšiu mieru chorobnosti matiek (cisárske rezy, krvácanie, tretí a štvrtý stupeň natrhnutia) v porovnaní s porovnateľnou skupinou nízkorizikových žien, ktoré plánovane porodili v pôrodniciach (Přirozený porod=normální porod, 2014). Problematikou domácich pôrodov sa zaoberal aj Európsky súd pre ľudské práva. Európsky súd pre ľudské práva vo veci Ternovszky proti Maďarsku konštatoval, že žena má právo na slobodu voľby miesta pôrodu a štát má povinnosť zaistiť, aby túto voľbu mohla uskutočniť. (Seneši, 2015)

Svoj nesúhlas s pôrodom v domácnosti vyjadrilo až 70 % žien. Ako dôvod uvádzali nereálnosť realizácie v našich podmienkach súvisiacej s nedostatkom financií, technického vybavenia, ale i personálu. Čiastočný súhlas vyjadrilo 20 % žien za predpokladu vytvorenia adekvátnych podmienok a kontroly ženy a dieťaťa po pôrode. Negatívny postoj k pôrodu v domácnosti zaujala americká gynekologicko-pôrodnická spoločnosť (ACOG) a austrálska a novozélandská gynekologicko-pôrodnická spoločnosť (ANZOG). (ACOG Committee on Obstetric Practice, 2011) Britská gynekologicko-pôrodnická spoločnosť (RCOG) a britská spoločnosť pôrodných asistentiek (RCM) vyjadrila pozitívny postoj k pôrodu v domácnosti u rodičiek s nízkym rizikom a podľa kanadskej spoločnosti gynekológov a pôrodníkov (SOGC) je potreba ďalšieho výskumu. ((McLachlan H, Forster D., 2009) ACOG považuje za najbezpečnejšie podmienky pre pôrod nemocničné pôrodnické centrum. Rešpektuje však slobodnú voľbu ženy zvoliť si miesto pôrodu. Ženy by mali byť informované, že domáci pôrod je spojený s 2-3 násobným rizikom neonatálneho úmrtia v porovnaní s pôrodom v nemocnici, je vhodný iba ženy s absenciou rizika pôrodných komplikácií, pri pôrode musí

byť prítomná kvalifikovaná a certifikovaná pôrodná asistentka, alebo lekár a je dostupný rýchly transport do nemocnice ak vzniknú komplikácie. (ACOG Committee on Obstetric Practice, 2011)

Na základe výsledkov prieskumu dospeli sme k nasledovným odporúčaniam pre prax:

- Zintenzívniť osvetovú činnosť. Na jednej strane je potrebné presadzovať pôrodné asistentky do povedomia spoločnosti a na druhej strane je potreba určitého vyššieho stupňa zrelosti a vzdelanosti celej spoločnosti. Je potrebné nielen sa naučiť mať možnosť voľby, ale najmä vedieť prijať vlastnú zodpovednosť.
- Na základe odbornej diskusie zvážiť možnosť ambulantného pôrodu. V súčasnosti v Slovenskej republike túto možnosť nemožno realizovať v bežnej praxi, pretože zákon stanovuje, že novorodenec musí byť 4x za 24 hodín pod lekársnym dohľadom.
- Realizovať sťaže pôrodných asistentiek v zahraničí na získavanie skúseností.
- Zmapovať skutočný počet pôrodov v domácnosti.

## Záver

V našom pôrodníctve je tendencia stavať do protikladu dva pojmy: alternatívne a tradičné vedenie pôrodu. Na jednej strane to vedie k odsudzovaniu zaužívaných praktík a na druhej k odmietavým postojom na nový pohľad a prístup k fyziologickému pôrodu.

Profesia pôrodnej asistencie má reálnu príležitosť prebudovať systém poskytovania pôrodnickej starostlivosti. Spoločným cieľom je vysoká kvalita poskytovanej starostlivosti prostredníctvom procesu pôrodnej asistencie, aktívna účasť rodičky a efektívna spolupráca s jej najbližšími.

Problematika humanizácie pôrodníctva je skloňovaná všade tam, kde sa hovorí o prirodzenom pôrode. O potrebe humanizácie modernej pôrodnickej starostlivosti niet pochýb. Vyriešenie tejto problematiky v pôrodnickej ošetrovateľstve prinášajú alternatívne spôsoby vedenia pôrodu, ku ktorým patrí aj pôrod v domácnosti. Napriek dopytu po pôrode v domácnosti sa ukazuje byť vhodnejšia v našich podmienkach úprava prostredia pôrodníc ako aj budovanie pôrodných domov, ktoré improvizujú domáce prostredie a tým zastupujú aj psychologické výhody tohto spôsobu (Lajtman, 2004, s. 41). Zefektívnenie starostlivosti je cesta k humanizácii starostlivosti o ženu pri pôrode.

## Literatúra

1. ACOG Committee on Obstetric Practice. 2011. *ACOG Committee Opinion No. 476: Planned home birth*. *Obstet Gynecol.* 2011 Feb;117(2 Pt 1):425-8.
2. Čepický, P. 2009. Mýty o porodech v domácnosti. *Moderní babičtví*. č. 18. 2009, č. 18, s. 11-15. DOI: 1214-5572.
3. Lajtman, E. 2004. *Vývojové trendy v pôrodnickej starostlivosti*. *Gynekológia pre prax*. ISSN 1336-3425. roč. 2, 2004, č. 1, s. 38-43.
4. Mc Lachlan, H., Forster, D. 2009. *The safety of home birth: is the evidence good enough?* *CMAJ*: 2009, 181(6-7): 359-360.
5. Prirozený porod=normální porod. 2014. *Prirozený porod= normální porod: Mýtus bezpečného porodu v porodnici u nízkorizikových těhotenství* [online]. 2014

[cit. 2014-08-22]. Dostupné z: <http://www.prirozeny-porod.eu/mytus-bezpecneho-porodu-v-porodnici/>

6. Seneši, Z. 2015. *Poskytovanie zdravotnej starostlivosti novorodencovi narodenému v domácom prostredí*. *Pediatrica pre prax*. ISSN 1339-4231. 2015, 16(5): 221–222. [online]. 2015 [cit. 2017-06-18]. Dostupné z: <http://www.solen.sk>
7. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. 2006. *Koncepcia odboru pôrodná asistencia*. Číslo: 10973 /2006 – 00 Dňa: 20.marca 2006. [online]. [citované 2014 – 10-15]. Dostupné na internete: <http://www.porodnaasistencia.sk/upload/porodna-asistencia.pdf>
8. *Výhláška MZ SR z 2. júna 2005*, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom Zbierka zákonov č. 364/2005. Čiastka 155. s. 3734 1) Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon povolania...[online]. [citované 2014 – 10-15]. Dostupné na internete: [www.zbierka.sk/sk/predpisy/364-2005-z-z.p-8773.pdf](http://www.zbierka.sk/sk/predpisy/364-2005-z-z.p-8773.pdf).
9. *Výhláška MZ SR z 13. júla 2006*, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. Zbierka zákonov č. 450/2006. Čiastka 177, s. 3811. [online]. [citované 2014 – 10-15]. Dostupné na internete: <http://www.zbierka.sk/sk/predpisy/470-2006-z-z.p-9563.pdf>.
10. *Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov*. Bratislava : MZ SR, 2004.

Kontakt:

doc. PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.  
Fakulta zdravotníctva  
Katolícka univerzita v Ružomberku  
Nám. Andreja Hlinku 48  
034 01 Ružomberok  
E-mail: maria.kopacikova@gmail.com

# Nozokomiálne infekcie súvisiace s invazívnymi pomôckami v Jednotkách intenzívnej starostlivosti Ústrednej vojenskej nemocnici SNP Ružomberok-FN

## Device-associated infection rates in intensive care units of Central Military Hospital SNU-FH Ružomberok

Anna Lesňáková<sup>1,2</sup>, Soňa Hlinková<sup>1</sup>, Eva Moraučíková<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

<sup>2</sup>Ústredná vojenská nemocnica SNP v Ružomberku - FN, Klinika infektológie, Ružomberok

### Súhrn

Surveillance nozokomiálnych nákaz na Slovensku neodráža skutočný stav. Naším cieľom je formou aktívnej surveillance získať presnú evidenciu a analýzu nozokomiálnych nákaz (NN) v Centralizovanej jednotke intenzívnej starostlivosti (C-JIS) využitím metodiky „Medzinárodného konzorcium pre kontrolu nozokomiálnych infekcií“ (INICC). Retrospektívnu surveillance v období od 01.01.2014 do 31.12.2014 sme získali údaje o výskyte NN v C-JIS. Zamerali sme sa na najčastejšie vyskytujúce sa NN v intenzívnej starostlivosti súvisiace s používaním invazívnych zdravotníckych pomôcok (IZP), katérových infekcií močového traktu (CAUTI), katérové infekcie krvného riečiska (CLABSI) a ventiláčnej pneumónie (VAP). Poznanie reálneho výskytu týchto infekcií a ich rizikových faktorov umožní zníženie ich výskytu.

**KLúčové slová:** Surveillance, Nozokomiálna infekcia, Intenzívna starostlivosť, Katérová infekcia močového traktu, Katérová infekcia krvného riečiska, Ventiláčna pneumónia.

### Summary

Surveillance of nosocomial infections in Slovakia does not reflect the real situation. Our goal is through active surveillance to obtain accurate evidence and analysis of nosocomial infections (NN) in the Centralized Intensive Care Unit (C-JIS) using the INICC methodology. Retrospective surveillance over the period from January 1, 2014 to December 31, 2014, yielded data on the incidence of LV in infections in the C-JIS. We have focused on the most common NN in intensive care associated with the use of IZP, catheter infections of the urinary tract (CAUTI), catheter blood vessel infections (CLABSI) and ventilatory pneumonia (VAP). Knowing the actual incidence of these infections and their risk factors will help reduce their incidence.

**Key words:** Surveillance, Nosocomial Infection, Intensive Care Unit, Catheter Infection of Urinary Tract, Catheter Infection of Bloodstream, Ventilation Pneumonia.

### Úvod

Problematike NN venuje súčasná medicína vo vyspelých krajinách čoraz väčšiu pozornosť. V krajinách s obmedzenými finančnými zdrojmi sú skúsenosti so surveillance NN nedostatočné. Situácia na Slovensku, rovnako ako aj v ÚVN SNP Ružomberok – FN, je v tomto smere dlhodobo neprehľadná a vo všeobecnosti nepriaznivá.

Je preukázané, že JIS v krajinách s obmedzenými zdrojmi majú hodnoty NN súvisiacich s používaním IZP od 3 do 5-krát vyššie, ako hodnoty hlásené zo Severnej Ameriky, Západnej Európy či Austrálskych jienostiiek intenzívnej starostlivosti (JIS). (Rosenthal, 2014)

Vyspelé krajiny podľa odporúčaní Národnej siete pre bezpečnosť zdravotnej starostlivosti (NHSN) vyjadrujú výskyt NN namiesto percent, ako NN súvisiace s IZP, prepočítané na 1000 dní s pomôckou, čo im umožňuje ďalej analyzovať vplyv určitých špecifických rizikových faktorov, usmerňovať ciele intervencie a porovnávať údaje s inými oddeleniami, či nemocnicami.

V rozvojových krajinách a v krajinách, kde nie je zavedený surveillance NN sa ho snaží na podobnom základe zaviesť INICC. Členom konzorcium sa stala ÚVN SNP Ružomberok – FN v decembri 2010 v snahe získať na pracoviskách intenzívnej starostlivosti presnú evidenciu NN súvisiacich s používaním IZP.

Od januára 2011 bol spustený on line systém zberu údajov u pacientov hospitalizovaných v C-JIS za účelom analýzy NN

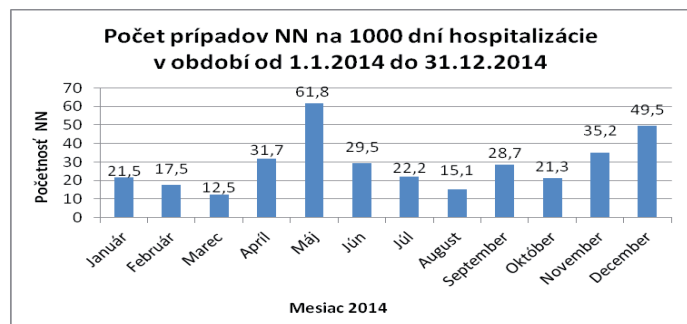
prostredníctvom metodiky vypracovanej INICC, s možnosťou porovnávania získaných výsledkov s inými krajinami a následne prostredníctvom analýzy hlásených NN navrhnúť opatrenia vedúce k ovplyvneniu ich výskytu.

### Materiál a metodika

Štúdia bola vykonaná v C-JIS Ústrednej vojenskej nemocnice SNP Ružomberok – FN prostredníctvom formulárov vytvorených organizáciou INICC. Cieľom štúdie bolo zistiť výskyt NN súvisiacich s používaním IZP u pacientov hospitalizovaných v období od 1.1.2014 do 31.12.2015. Zamerali sme sa na najčastejšie sa vyskytujúce NN v intenzívnej starostlivosti, ktoré súvisia s používaním IZP: katérové infekcie krvného riečiska, v súvislosti s používaním centrálnych venózných katétrov (CVK), katérových infekcií močového traktu v súvislosti s používaním močových katétrov (MK), ventiláčnej pneumónie, v súvislosti s používaním umelej pľúcnej ventilácie (UPV). Každého hospitalizovaného pacienta charakterizujú nasledovné údaje: nemocnica, oddelenie, typ hospitalizácie, číslo posteľe, dátum narodenia, pohlavie, dátum prijatia pacienta, základné ochorenie, dĺžka pareterálnej výživy, hodnoty vitálnych funkcií počas hospitalizácie (telesná teplota a krvný tlak), počet dní s jednotlivými typmi invazívnych pomôcok (počet dní so zavedeným CVK, počet dní so zavedeným MK, počet dní s UPV, použitie antibiotík, dĺžka antimikrobiálnych liečby a dátum prepustenia pacienta.

## Výsledky

V sledovanom období bolo v roku 2014 hospitalizovaných 205 pacientov, celkový počet dní hospitalizácie bol 3168. Počet prípadov NN na 1000 dní hospitalizácie v roku 2014 sme zaznamenali 28,88; (Graf. č. 1).



Graf 1– Počet prípadov NN na 1 000 dní hospitalizácie v roku 2014

Zdroj: <http://admin.inicc.org/admin/2014>

Zaznamenali sme výskyt 19 CAUTI, 11 CLABSI a 5 VAP. Celkový počet prípadov CAUTI na 1000 dní s MK bol 22,63, počet prípadov CLABSI na 1000 dní s CVK bol 4,90 a počet prípadov VAP na 1000 dní s UPV bol 8,87. Najdlhšie a najčastejšie používaným typom invazívnych pomôcok boli MK, ktorých celková dĺžka používania bola 2855 dní a ratio ich používania bolo 0,90. Celkový počet dní s CVK bol 2147 a ratio používania bolo 0,68. Celkový počet dní s UPV bol 2344 a ratio používania bolo 0,74.

Tabuľky č.1, č.2 a č.3 prezentujú počet všetkých pacientov v sledovanom období, počet dní hospitalizácie, počet dní s invazívnymi pomôckami MK, CVK, UPV, počet CAUTI, CLABSI a VAP vyjadrené absolútnymi hodnotami, počet CAUTI, CLABSI a VAP na 1000 dní s pomôckou a ratio používania jednotlivých pomôcok, ktoré nás informuje o frekvencii používania pomôcky na oddelení. Ratio sme vypočítali vydelením počtu dní s pomôckou s celkovým počtom dní hospitalizácie. Ďalej tabuľky obsahujú štandardné hodnoty zistené v krajinách, kde je surveillance NN vykonáva organizácia CDC-NHSN, štandardné hodnoty zistené 43 krajinách v období 2007-2013, kde surveillance vykonáva organizácia INICC (Rosenthal, 2014)

Tabuľka 1 Katérové infekcie močového traktu (CAUTI)

Ukazovateľ	UVN 2014	CDC 2013	INICC (2007 – 2013)
Počet pacientov	205	-	-
Počet dní hospitalizácie	3 168	-	-
Počet CAUTI	19	-	-
Počet dní s MK	2 855	-	-
Počet CAUTI / 1000 dní s močovým katétrom	22,63	1,6	9,33
Pomer využívanosti MK	0,90	0,60	0,56

Zdroj: <http://admin.inicc.org/admin/2014>

Tabuľka 2 Katérové infekcie krvného riečiska (CLABSI)

Ukazovateľ	UVN 2014	CDC 2013	INICC (2007 – 2013)
Počet pacientov	205	-	-
Počet dní hospitalizácie	3 168	-	-
Počet CLABSI	11	-	-
Počet dní s CVK	2 147	-	-
Počet CLABSI / 1000 dní s CVK	4,9	1,2	5,79
Pomer využívanosti CVK	0,68	0,47	0,55

Zdroj: <http://admin.inicc.org/admin/2015>

Tabuľka 3 Ventiláčnej pneumónie (VAP)

Ukazovateľ	UVN 2014	CDC 2013	INICC (2007 – 2013)
Počet pacientov	205	-	-
Počet dní hospitalizácie	3 168	-	-
Počet VAP	5	-	-
Počet dní s UPV	2 344	-	-
Počet VAP / 1000 dní s UPV	8,87	0,70	22,8
Pomer využívanosti UPV	0,74	0,26	0,48

Zdroj: <http://admin.inicc.org/admin/2014>

## Diskusia

Po prepočítaní NN na 1000 dní hospitalizácie sme v CJIS – ÚVN SNP Ružomberok – FN v roku 2014 zaznamenali 28,88 prípadov IZP- NN na 1000 dní hospitalizácie, čo je nižší počet v porovnaní so štúdiou realizovanej v respiračnej JIS členskej nemocnice INICC v Egypte, kde zaznamenali 52,9 prípadov na 1000 dní hospitalizácie (Rasslan, 2012) a vyšší počet v porovnaní so 6,4 prípadov na 1000 dní hospitalizácie na JIS v Šanghaji. (Tao, 2011)

Počet IZP-NN sme prepočítali na 1000 dní s jednotlivými IZP z dôvodu lepšieho porovnania s výsledkami iných štúdií a s nemocničnou situáciou v krajinách po celom svete. Získané údaje sme porovnali s údajmi, ktoré prináša CDC a s údajmi, INICC. (Rosenthal, 2014)

Počet prípadov **katérových infekcií močového traktu** (CAUTI) na 1 000 dní s MK bol v sledovanej klinike v 2014 roku 22,63 prípadov CAUTI na 1 000 dní s MK. V porovnaní s hodnotami zistenými INICC surveillance štúdiou realizovanou počas rokov 2007-2012 v 503 jednotkách intenzívnej starostlivosti v 43 krajinách v Latinskej Amerike, Ázii, Afrike a Európe, kde zaznamenali 5,9 prípadov CAUTI na 1000 dní s MK bol výskyt CAUTI v nami sledovanej klinike vyšší. (Rosenthal, 2014) V zariadeniach kde surveillance CDC zaznamenali 1,60 prípadov CAUTI na 1 000 dní s MK čo je niekoľko-násobne nižší výskyt v porovnaní s hodnotami zistenými na našej klinike. (Dudeck, 2013)

Počet prípadov **katérových infekcií krvného riečiska** (CLABSI) zaznamenané v našej štúdii bolo 4,9 prípadov CLABSI na 1 000 dní s CVK, čo je nižšie v porovnaní so zariadeniami, kde je surveillance vykonávaná INICC, kde je 9,33 prípadov CLABSI na 1 000 dní s CVK (Rosenthal, 2014). Napriek pomerne nízkemu výskytu CLABSI zistenému v našej štúdii, je incidencia týchto infekcií stále vyššia oproti štandardným hodnotám v zdravotníckych zariadeniach, kde surveillance NN vykonáva CDC, kde je 1,20 prípadov CLABSI na 1 000 dní s CVK. (Dudeck, 2013)

Počet prípadov **ventilačných pneumónií** (VAP) na 1 000 dní s umelou pľúcnou ventiláciou (UPV) v v našej štúdii v roku 2014 bol 8,87 prípadov VAP na 1 000 dní s UPV čo je nižšie ako počet prípadov v zariadeniach, kde je surveillance vykonávaná INICC, kde zaznamenali 22,8 prípadov VAP na 1 000 dní s UPV. (Rosenthal, 2014) Naopak v zariadeniami, kde je surveillance vykonávaná CDC bol zaznamenaní niekoľkonásobne nižší počet prípadov 0,70 VAP na 1 000 dní s UPV. (Dudeck, 2013)

## Záver

Cieľom našej štúdie bolo vykonávanie aktívnej surveillance NN využitím metodiky INICC. Ukazuje sa, že je dobrým nástrojom pre surveillance NN na JIS. Dôležitá je možnosť porovňovania získaných výsledkov jednotnou metodikou so zdravotníckymi zariadeniami rôznych krajín. Tieto zozbierané dáta môžu poslúžiť k vedeniu profesionálnych zdravotníckych pracovníkov v ich stratégiách pre vylepšenie postupov v starostlivosti o pacientov. Preventívne stratégie úspešne vyskúšané v JIS v nemocnici INICC môžu podporiť podstatné zníženie NN celosvetovo.

## Literatúra

1. Dudeck M.A. a kol.: 2013 National Healthcare Safety Network (NHSN) report, data summary for 2012, Device-associated module . In *American Journal of Infection Control* ISSN: 0196-6553 roč. 41, č.5 s. 1148-1166
2. Rasslana, O., a kol.: 2012. Device-associated infection rates in adult and pediatric intensive care units of hospitals in Egypt. *International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) findings. Journal of Infection and Public Health* 2012, 5, 394–402.
3. Rosenthal, V. D. a kol. 2014. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 46 countries, for 2007-2012. Device-associated module. In: *American Journal of Infection Control*. ISSN: 0196-6553, 2014, roč. 42, č.9, s. 942-56.
4. Tao L, a kol.: 2012. Impact of a multidimensional approach on ventilator-associated pneumonia rates in a hospital of Shanghai: Findings of the International Nosocomial Control Consortium. *J Crit Care* 2012, 27: 440-446.

Kontakt:

prof. Anna LESŇÁKOVÁ, MD., PhD.  
Fakulta zdravotníctva  
Katolícka univerzita v Ružomberku  
Nám. Andreja Hlinku 48  
034 01 Ružomberok  
E-mail: anna.lesnakova@ku.sk





ISSN 1337-723X

